5

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901 N° 553

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 16 juillet 1901, à 9 heures

PAR

Vital LESOURD

CONSIDÉRATIONS

SUR LE

SARCOME PRIMITIF

LOCALISÉ DE LA PEAU ET LE MOLLUSCUM FIBROSUM

Président : M. TILLAUX, *Professeur.*

Juges : MM. CAMPENON, THOINOT, DELBET.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

LIBRAIRIE MÉDICALE & SCIENTIFIQUE

JULES ROUSSET

PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS

(En face la Faculté de Médecine)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901 N°

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mardi 16 juillet 1901, à 9 heures

PAR

Vital LESOURD

CONSIDÉRATIONS

SUR LE

SARCOME PRIMITIF

LOCALISÉ DE LA PEAU ET LE MOLLUSCUM FIBROSUM

Président : M. TILLAUX, *Professeur.*

Juges : MM. CAMPENON, THOINOT, DELBET.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diversss parties de l'enseignement médical

LIBRAIRIE MÉDICALE & SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
PARIS. — 36, Rue Serpente. — PARIS
(En face la Faculté de Médecine)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils	BERGER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	D[r] JERINE.
Pathologie comparée et expérimentale	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD. BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.
ACHARD.
ALBARRAN.
ANDRE.
BONNAIRE.
BROCA Auguste.
BROCA André.
CHARRIN.
CHASSEVANT.
DELBET.
DESGREZ.

MM.
DUPRÉ.
FAURE.
GAUCHER.
GILLES DE LA TOURETTE.
HARTMANN.
HEIM.
LANGLOIS.
LAUNOIS.
LEGUEU.

MM.
LEJARS.
LEPAGE.
MARFAN.
MAUCLAIRE.
MENETRIER.
MERY.
REMY.
ROGER.
SEBILEAU.
TEISSIER.

MM.
THIERY.
THIROLOIX.
THOINOT.
VAQUEZ.
VARNIER.
WALLICH.
WALTHER.
WIDAL.
WURTZ.

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considerées comme propres à leurs auteurs et quelle entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la légion d'honneur

A MES MAITRES des hôpitaux de Paris ;
M. A. ROBIN professeur agrégé ;
M. ROUTIER chirurgien des hôpitaux ;
M. le professeur BUDIN ;
M. le professeur LANNELONGUE ;

Qui nous ont guidé dans le cours de nos études, nous exprimons ici toute notre profonde gratitude pour leur savant enseignement.

Que M. le professeur *TILLAUX* qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, veuille bien agréer nos sentiments respectueux de reconnaissance.

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion de rencontrer dans le service de M. le professeur Duplay à quelque temps d'intervalle deux cas de molluscum fibrosum, l'examen histologique en ayant été fait et ayant montré dans l'un des cas une tumeur fibreuse (fibrome pur) et dans l'autre une tumeur sarcomateuse (sarcome primitif développé dans les couches profondes du derme), deux faits nous frappèrent :

Les Sarcomes primitifs localisés de la peau sont rares.

L'aspect clinique était celui du molluscum fibrosum.

Nous fûmes amené en rapprochant ces deux faits à nous reporter aux traités classiques ; peu à peu, après nos lectures, notre sujet s'est élargi. Nous vîmes après l'avoir entrepris qu'il soulevait quelques questions

très délicates : nous craignons d'être peu compétent pour les discuter.

Il fallait d'abord chercher deux choses :

1° Les sarcomes de la peau primitifs, isolés, existent-ils ?

2° A-t-on signalé des sarcomes revêtant l'aspect clinique du molluscum fibrosum ?

Nous fîmes ces recherches dans les traités classiques, tant de pathologie externe que de dermatologie. Voilà le résultat de nos premières investigations :

Dans son article du *Traité de chirurgie* de MM. Le Dentu et Delbet, M. Faure ne consacre que quelques lignes au sujet qui nous intéresse : « Au point de vue étiologique (sarcomes), il faut aussi signaler le rôle de tumeurs conjonctives préexistantes sur d'anciens fibromes ou sur des noevi pigmentaires congénitaux ».

Dans un autre article du même traité, la sarcomatose cutanée généralisée est bien décrite quant aux sarcomes localisés primitifs, voilà ce qu'il est dit : « Ils semblent eux aussi affectionner les extrémités et se dévoloppent volontiers sur quelque point prédisposé, vieille plaque d'eczéma, et surtout nœvus excorié ».

Passons aux traités de dermatologie :

« Le sarcome localisé primitif se développe ordinairement sur un nœvus, pigmentaire ou non, en particulier sur un nœvus molluscoïde, et constitue une tumeur de volume variable, *dure*, sans changement de coloration

de la peau, qui s'*ulcère* fréquemment. Il peut se généraliser si l'ablation n'a pas été faite à temps. »

(THIBIERGE. — *Thérap. des maladies de la peau.*)

Après avoir décrit le sarcome mélanique d'après Mracek, M. Hudelo ajoute :

« Il faut ajouter une autre variété de sarcome *mélanique*, sarcome primitif localisé. Il naît le plus souvent au niveau d'un nœvus irrité et débute au pied, à l'index, à la paupière.

« Il est formé d'une tumeur dure un peu irrégulière, de coloration normale ou rougeâtre.

« La tumeur peut s'étendre le long des vaisseaux lymphatiques. » (HALLOPEAU.)

L'ulcération est la règle et alors les ganglions correspondant s'engorgent. La généralisation est le plus souvent très tardive. Cette tumeur, formée de cellules rondes et de cellules fusiformes, peut guérir par l'ablation chirurgicale.

MRACEK. — *Atlas manuel des maladies de la peau.* (Traduct. Hudelo.)

DUBREUILH. *Précis de dermatologie.* — Localisé, le sarcome *non mélanique* constitue une tumeur assez *dure* qui s'accroît lentement, atteignant rarement un grand volume, arrivant à *s'ulcérer* et quelquefois même à se généraliser. Il est quelquefois sous-cutané, d'autres fois très saillant et même pédiculé.

Les sarcomes non pigmentés se divisent en sarcomes

globo-cellulaires, formés de petites cellules rondes tassées, et en sarcomes fuso-cellulaires, où les cellules sont allongées, fusiformes, groupées en faisceaux, enchevêtrées. Dans tous les cas, la tumeur se fait remarquer par l'absence de stroma ou de substance intercellulaire et par l'envahissement des vaisseaux qui n'ont pas de parois propres et sont simplement creusées dans le néoplasme. »

Notre observation de sarcome primitif de la peau, valait donc la peine d'être relatée, et appelait à sa suite d'autres recherches bibliographiques.

Il fallait ensuite chercher si les auteurs signalaient dans leurs travaux sur le molluscum fibrosum, la possibilité d'une constitution anatomique sarcomateuse.

Nous lûmes les articles de Faure dans le traité de Le Dentu et Delbet nous y trouvâmes la possibilité d'une transformation des tumeurs fibreuses en tumeurs sarcomateuses et épithéliales ; M. Gaucher signale comme tout à fait exceptionnelle la dégénérescence épithéliomateuse de la production fibreuse ou sa transformation en sarcome.

Dans l'article de M. Broca du traité de chirurgie Duplay et Reclus nous trouvâmes plus d'éléments, des indications plus précises, une bibliographie plus complète.

Certains histologistes, dit-il, admettent la possibilité de la production d'un sarcome primitif ou la transformation sarcomateuse de fibromes ou de nœvi pigmentaires, d'autres au contraire la rejettent et mettent sur le compte des accidents inflammatoires qui ne sont pas rares au niveau du molluscum fibrosum, l'accumulation des

cellules embryonnaires qui font rapprocher la tumeur du groupe des sarcomes.

La lecture de ces articles, nous surprit quelque peu : et, continuant nos recherches bibliographiques, il nous parut que malgré des thèses datant de 1884 et 1885 la question du molluscum fibrosum était peu claire. A côté du type fibrome mou les auteurs passaient rapidement sur des tumeurs ayant l'aspect clinique du molluscum fibrosum, et, différant anatomiquement du type qu'ils décrivaient. Nous fûmes donc amené :

1° A rechercher toutes les observations qu'il nous serait possible de trouver classées sous l'appellation : molluscum fibrosum ;

2° A classer anatomiquement ces tumeurs ;

3° A chercher ensuite si l'on pouvait en rassemblant les observations d'un type anatomique déterminé *trouver quelques signes* **cliniques** *permettant au praticien de faire le diagnostic de cette variété* surtout au point de vue de la malignité de la tumeur ;

4° A voir si le fait observé par nous ne soulevait pas quelque question de pronostic et de traitement utiles pour le praticien.

Nous avons essayé de faire deux choses :

1° D'apporter un fait nouveau avec une observation détaillée à l'étude des sarcomes primitifs localisés de la peau ;

2° De faire œuvre critique, en étudiant les descriptions du fibroma-molluscum circonscrit en essayant d'en tirer quelques conclusions.

Après ces explications il nous a paru nécessaire de donner une forme didactique à ce modeste travail.

Faisant pour ainsi dire une étude du *molluscum fibronum circonscrit* nous passerons rapidement sur l'historique ; l'étiologie, très obscure et très discutée sera l'objet de quelques remarques personnelles.

Au chapitre *Anatomie pathologique* nous relaterons nos recherches bibliographiques intéressantes sur les sarcomes primitifs localisés et nous classerons les types anatomiques qui sont décrits cliniquement sous le nom de fibroma-molluscum circonscrit.

Nous aurons peu de chose à ajouter à la description clinique, mais nous insisterons beaucoup au diagnostic sur les caractères permettant d'établir approximativement la nature de la tumeur et cela d'après la comparaison des observations cliniques, des tumeurs histologiquement différentes.

Notre observation de sarcome nous permettra quelques remarques intéressantes au chapitre *Pronostic et traitement.*

HISTORIQUE

Nous n'avons pas l'intention de rappeler les différentes phases par lesquelles est passée la question de l'origine et de la nature du *molluscum*. Cet historique ayant été déjà fait par nos prédécesseurs, nous ne pourrions que le copier (1).

Après les travaux de Batémam, de Biett, de Rayer, de Jacobowics, de Thomson, et surtout de Bazin, de Hardy, de *Recklinghausen*, après les études anatomo-pathologiques de Beale, Rokitansky, Virchow, Verneuil, Billroth, Rindfleisch, Fagge et Howse, les auteurs modernes ont créé deux catégories d'affection qu'on désigne sous le nom de molluscum fibrosum : 1° le fibroma molluscum généralisé ; 2° le fibroma molluscum circonscrit.

(1) Pour tous renseignements, voir Th. Boudet, Paris, 1883-84,

N'ayant içi en vue que l'étude du fibroma molluscum circonsçrit, nous citerons, comme ayant le plus contribué à séparer ces deux types, le mémoire de Recklinghausen : « Ueber die multiplen Fibrome der Haut. und ihre Bezichung. zu den multiplen neuromen. (Berlin, 1882.)

A sa suite viennent les observations isolées de fibroma molluscum, que nous aurons l'occasion de citer au cours de ce travail. Le nombre d'observations augmentant avec les examens microscopiques, à côté du type clinique viennent se ranger des types anatomiques. Mais depuis les thèses de Boudet et de Barry (2), aucun travail d'ensemble n'est paru sur ce sujet, sauf une thèse de Grenié (3), intitulée *Etude sur le molluscum pendulum,* dans laquelle il n'est relaté qu'une observation sans importance de fibrome molluscum, *sans examen histologique.*

Quant à la sarcomatose cutanée, un Français, M. Perrin, l'a bien étudiée dans une excellente thèse de Paris, de 1886, où l'on trouvera tous les renseignements relatifs à l'historique de la question. Kaposi, Hoebner, Heurtaux, Marfan, Gross, Shepherd ont contribué à séparer la sarcomatose cutanée primitive non mélanique des sarcomes mélaniques et de la sarcomatose idiopathique généralisée, cette dernière variété ayant été bien étudiée par Kaposi et connue depuis sous le nom de sarcomatose cutanée idiopathique (type Kaposi).

Depuis ce travail d'ensemble fait en France par Perrin

(2) Barry, Th. Paris, 1884-85.
(3) Grenié, Th. Paris, 1901, n° 262.

sous les auspices de M. Besnier, les observations de sarcome cutané primitif localisé se sont accrues ; cette question a été surtout étudiée à l'étranger, et le nom d'*Unna* domine toute l'histoire anatomo-pathologique de ces tumeurs.

II

ÉTIOLOGIE — PATHOGÉNIE

Congénitalité et hérédité sont assez nettement établis pour le fibroma-molluscum généralisé, mais moins nettement pour le fibroma molluscum circonscrit. Dans un certain nombre d'observations où cette question de la congénitalité a été étudiée avec soin, on a noté que la tumeur s'était développée sur un nœvus pigmentaire vasculaire verruqueux. Si donc le molluscum circonscrit n'est pas congénital par lui-même, il prend souvent naissance sur un point du tégument congénitalement atteint ; on peut dire que si le processus n'est pas congénital, le terrain d'évolution offre en revanche ce caractère.

Cette question des nœvi pigmentaires, vasculaires et verruqueux est elle-même très discutable. A côté des nœvi congénitaux, il existe incontestablement des nœvi acquis. M. Féré, dans son service de Bicêtre, en étudiant

les modifications de la peau chez les aliénés et paralytiques généraux, a constaté nettement l'apparition de ces nœvi pigmentaires, quelquefois en très grand nombre, dans des régions où un examen antérieur de la surface cutanée, à un, deux ou trois mois d'intervalle, n'avait rien fait noter de particulier.

M. Gaucher consacre également quelques lignes à ces *nœvi acquis.*

Il nous a paru intéressant de signaler ces faits, demandant plus amples investigations, et de montrer ainsi une fois de plus combien nombreuses sont les causes étiologiques qui nous échappent.

2° Dans un autre ordre de faits, on voit la néoformation débuter sur une cicatrice. (Cas de Demarquay. Jeune fille tombant sur un vase de porcelaine et se coupant la grande lèvre droite. XVIII[e] observation de la thèse de Boudet.)

Cas de Challand (1) : tumeur développée à la suite d'un pincement de la peau.

Cas de Cornillon (2) : femme montée en haut d'un cerisier tombée à califourchon sur une branche, ayant ensuite une large ecchymose et voyant rapidement se développer à ce niveau un molluscum.

Au Brésil, rapporte M. Freumœrt d'après Tschudi et Laugrand, une excoriation, une simple plaie cutanée suffit à engendrer un fibroma molluscum.

3° D'autres fois, la tumeur apparaît sur un point qui a subi des irritations, des frottements répétés, où l'on

(1) Challand. *Bulletin Soc. anatom.*, 1871, p. 146.
(2) Cornillon. *Revue phot. des hôpit.*, 1872, p. 178.

peut supposer qu'il y a eu inflammation subaiguë du tissu fibreux dermique et formation de tissu embryonnaire. Nous avons été frappés, dans les observations, de la fréquence de ces tumeurs au niveau de l'aine, région qui est siège de frottements incessants.

Cas de M. *Hallopeau* où le sarcome s'est développé sur un point longtemps atteint d'eczéma.

Dans les deux observations personnelles que nous rapportons les malades n'ont jamais rien remarqué sur les téguments avant l'apparition de la tumeur.

Age. — Rien de bien intéressant. Bar a observé un molluscum solitaire sur le menton d'un nouveau né (2) les autres cas varient de 15 à 50 dans la moyenne.

Le malade de Dubois (3) avait 75 ans. Au point de vue du sarcome localisé, rien n'est plus variable que l'âge des malades observés : depuis le nœvus qui devient sarcomateux dans la jeunesse jusqu'au sarcome qui se développe spontanément sur le vieillard. Mais le plus fréquemment l'affection se développe à un âge avancé. 78 ans (Hallopeau).

Race. — Les énormes fibroma molluscum circonscrits sont observés plus fréquemment chez les nègres. Il nous parait intéressant de faire remarquer que l'éléphantiasis

(1) *Bar.* Examen histologique d'un molluscum siègeant sur le menton d'un nouveau-né.
Bull. Soc. d'Obst. de Paris 1898, p. 217.
(2) *Dubois.* Presse médicale belge, 1879, p. 361.

avec lequel cette affection a certains points de ressemblance est presque spécial à cette race.

Sexe. — Le sexe féminin paraît être plus fréquemment atteint par le sarcome localisé. Sur 7 cas réunis par Perrin, six fois ce sont des femmes qui ont été frappées. Notre observation est relative à une femme.

Comme on le voit cette question d'étiologie est encore très confuse, tout se borne à des constatations, à des remarques, mais lorsqu'on veut pénétrer l'essence même de la genèse de ces tumeurs, on se heurte aux difficultés que l'on rencontre dans l'étude étiologique des néoformations. C'est un champ d'hypothèses, de suppositions livré aux imaginations les plus fantaisistes. Les examens histologiques plus précis, les modes de coloration plus nombreux, les techniques plus rigoureuses permettent ces hypothèses. Comme telles ces dernières n'ont cependant qu'une valeur très relative.

Dans sa thèse Boudet cite la théorie de l'hypergenèse, des noyaux ambryoplastiques émise par Robin.

« Ne pourrait-on donc, dit-il, admettre l'hypothèse suivante :

1° Dans un nœvus dont la formation date de la vie intra-utérine il se peut que du tissu embryonnaire ait été oublié par le processus de l'évolution normale et qu'à un moment donné ce tissu devienne le point de dépa[illegible] du molluscum circonscrit ;

2° De même pour la cicatrice quant elle se forme, il est un moment, celui qui précède l'épidermisation, où elle est exclusivement formée par du tissu embryon-

naire ; si ce tissu ne se transforme pas complètement en tissu fibreux, il pourrait se faire qu'une petite partie arrêtée dans son évolution et restée comme oubliée dans un point de la masse, devienne à certain moment le noyau d'origine d'une néoformation fibreuse, comme un incendie mal éteint qui se rallumerait tout à coup ;

3° On pourrait faire la même supposition pour le tissu embryonnaire, se produisant dans les points irrités et destiné à devenir plus tard du tissu de sclérose. Il peut se faire en effet qu'une partie de ce tissu embryonnaire n'évolue pas vers la forme inodulaire. »

Tout actuellement n'est donc encore *qu'hypothèse et supposition.*

Origine anatomique de l'hyperplasie fibreuse. — Quelle est l'origine de l'hyperplasie fibreuse, dans quelle partie de la peau prend-elle naissance ? C'est sur ce point que les théories les plus diverses ont été émises.

On a incriminé successivement toutes les parties constituantes de la peau. Les uns pensent simplement que c'est dans la couche profonde du tissu conjonctif dermique que le molluscum se développe. Les autres ont assigné pour point de départ à l'hypertrophie fibreuse l'enveloppe celluleuse des pelotons adipeux sous cutanés. D'autres font naître le fibroma molluscum de la paroi des follicules pileux ou des enveloppes conjonctives des glandes sudoripares et sébacées. Chacune de ces théories dont l'exclusivisme a pour raison la nécessité de justifier et d'appuyer une hypothèse étiologique

peut être vraie suivant les cas, mais aucune n'est toujours vraie. En réalité le fibroma molluscum, peut naître de toutes les parties conjonctives de la région profonde du derme et de la région superficielle de l'hypoderme : du tissu dermique proprement dit, des pelotons adipeux hypodermiques, des enveloppes conjonctives, des follicules pileux, des glandes cutanées. Dans notre cas, la tumeur semblait avoir pris naissance dans les couches profondes du derme.

III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Molluscum fibrosum solitaire est un terme général désignant une tumeur de la peau surelevée sur elle et plus ou moins pédiculée. C'est une *expression clinique* ne préjugeant pas de la nature intime de la tumeur bien que l'usage ait prévalu de réserver le nom de molluscum au seul fibrome mou de la peau.

Apportant ici XII observations dans lesquelles l'examen histologique ayant été pratiqué a montré une texture anatomique différente du fibrome, nous ferons d'abord un résumé des connaissances anatomo-pathologiques classiques sur le fibrome mou, nous classerons ensuite les types anatomiques différents sous les rubriques :

Lipomes ;
Myomes ;
Fibro-sarcomes ;
Sarcomes ;
Carcinomes ;

Insistant plus spécialement sur le sarcome primitif localisé :

1° **Les molluscum fibrosum** ont été bien étudiés par Recklinghausen.

Le tissu fondamental de ces tumeurs n'est autre que du tissu fibreux pur, composé de mailles très larges et très lâches entièrement remplies de cellules petites, étoilées, contenant un beau noyau ovale, comme la plupart des cellules sarcomateuses, ce n'est que dans les points plus durs comme la partie basale de la tumeur, celle qui correspond à un pédicule en général très bien formé, qu'on aperçoit un ciment intercellulaire.

Etudiant la disposition spéciale de ces cellules, l'auteur indique qu'elles forment des *colonnes cylindroïdes se divisant dichotomiquement*, colonnes qui sont limitées par la charpente même du tissu conjonctif, un peu dissociée mais normale et possédant des vaisseaux, des nerfs, des canaux sudoripares, des systèmes pilo-sébacès nullement altérés.

L'arrangement des colonnettes manque totalement à la partie basale ; il manque aussi dans les parties vieilles de la tumeur où on trouve du tissu fibrillaire qui répond aux noyaux durs que la palpation permet de sentir.

Comment interpréter cet arrangement en colonnettes? Recklinghausen n'hésite pas à admettre que la formation fibreuse suit les voies et cavités lymphatiques et propose d'appeler le fibroma molluscum circonscrit un lymphangio-fibrome.

Cette disposition très remarquable n'a pas été retrouvée par les divers auteurs ; le tissu qui constitue les tumeurs est du tissu fibreux pur, soit à l'état embryonnaire, soit à l'état adulte, sans aucune disposition spéciale dans l'arrangement des cellules.

Des lipomes, peu à dire.

Nous en rapportons quatre observations (I. II. III.)

Les myomes observés identiques au molluscum fibreux sont surtout des lio-myomes rencontrés dans toutes les régions du corps ; à la face palmaire de la main ou des doigts (Lumnitzer, Axel, Key), à la cuisse (Santesson) ; ils occupent la plupart du temps les régions ou un plan musculaire lisse double la face profonde de la peau. Ces « régions dartoïques » sont le scrotum, la grande lèvre, l'aréole du mamelon. A la mamelle, on cite les observations de Virchow, de Klob, de Sokoloff ; au scrotum, celles de Forster, de Trélat, de Challand.

Sur une coupe on retrouve l'aspect général et la disposition pelotonnée des fibromes. De même que dans ces derniers, les vaisseaux sont rares au centre, plus nombreux à la périphérie où ils se montrent sous la forme de sinus veineux analogues aux sinus utérins. Pour démontrer leur nature musculaire il est utile de suivre la technique de MM. Cornil et Ranvier : en faire macérer

de petits lambeaux dans une solution de potasse caustique à 40 0/0. Les fibres cellules sont ainsi dissociées et apparaissent avec *leurs noyaux en bâtonnets caractéristiques*. Les coupes permettent de reconnaître la direction et l'arrangement des éléments et la présence de cloisons conjonctives entre les faisceaux musculaires.

Nous rapportons deux observations de lio-myomes.

Voir obs. IV.

— obs. V.

Phelisse (1) en rapporte dans sa thèse onze cas où la tumeur ressemble au molluscum fibrosum. Il se peut que les fibres musculaires lisses qui appartiennent à la région au niveau de laquelle s'est développée la tumeur, aient été comprises secondairement dans la formation nouvelle et qu'elles aient contribué à y vivre ; dans ces cas, ces fibres y sont isolées, dissociées, rares. D'autres fois, au contraire, les fibres musculaires lisses forment la grande masse de la tumeur, elles sont évidemment hyperplasiées ; il s'agit ici d'une affection toute spéciale le dermato-myome bien décrit par Besnier (2) désigné actuellement sous le nom de lio-myome cutané. M. Audry (3) en a rapporté des observations indiscutables.

Les fibro-sarcomes sont des tumeurs mixtes (tissu fibreux pur, cellules embryonnaires avec vaisseaux embryonnaires).

Nous ne rapportons pas ici l'observation de Lagrange

(1) *Phélisse* (Thèse de Paris 1886-87).
(2) Annales de Dermatologie et Syphiligraphie. 1880, p. 25.
(3) Annales de Dermatologie et Syphiligraphie, 1898.

et Duret, qui a été discutée, mais celle de Malassez, (obs. VI) qui ne l'a pas été.

3e L'anatomie pathologique des **Sarcomes localisés** de la peau a été faite par Kobner, Gross, Shepherd, Heurtaux, Marfan, « dont les observations sont rapportées tout au long dans la thèse de Perrin. »

A la coupe ces tumeurs sont dures, d'acpect granuleux, d'une teinte brillante, blanchâtre, quelquefois jaune rosée (Gross) ; dans le cas de Heurtaux, la coupe laissait écouler un suc lactescent très abondant ; dans celui de Kobner la tumeur présentait deux segments séparés par une cloison de 3 millimètres, le segment le plus grand avait une coloration brunâtre, le plus petit avait une coloration blanchâtre. Les éléments fondamentaux qui constituent ces tumeurs sont variables ; dans le cas de Kobner ou de Gross, c'était des cellules fusiformes ; dans le cas de Shepherd et de Hallopeau, il y avait quelques cellules géantes avec un réticulum fibrillaire. Sauf dans l'observation de Kobner, on ne constate jamais ni état télangiectasique, ni présence de pigment sanguin. Dans cette dernière observation ces deux caractères se retrouveraient comme dans la structure des sarcomes du type Kaposi. Jamais n'on a observé le pigment-mélanique qui caractérise et individualise l'espèce de sarcome décrite sous le nom dc sarcome-mélanique primitif de la peau.

Dans notre observation, il s'agissait d'un sarcome à cellules rondes (obs. VII).

Unna a bien décrit les différentes formes et nous rapportons le résumé de ses observations anatomo-pathologiques :

Sarcome à cellules fusiformes(fuso-cellulaire)
Ces sarcomes sont formés de cellules identiques aux cellules fixes normales du tissu conjonctif, tassées les unes sur les autres, ordonnées en faisceaux plus ou moins réguliers. Unna, n'a jamais constaté de figures de karyokinèse. Entre ces cellules on ne trouve que des restes minimes du tissu conjonctif et on ne voit des fibres élas ues qu'auprès des vaisseaux. Ceux-ci sont limités par des cellules identiques à celles de la tumeur. Quelquefois ils deviennent extrêmement nombreux (angio-sarcomes) mais la plupart des sarcomes fuso-cellulaires sont peu vascularisés.

La tumeur se développe dans le tissu sous-cutané ou le derme profond ; on trouve toujours à sa surface une zone plus ou moins épaisse de derme à peu près normal, le séparant de la surface.

Elle s'étend par des trainées de cellules sarcomateuses qui s'irradient à distance le long des vaisseaux sanguins. La présence des mastzellen est rare ; on peut voir quelques plasmazellen à la limite de la tumeur.

Tous les organes de la peau, glandes sébacées, follicules pileux s'atrophient et disparaissent. Les glandes sudoripares sont repoussées dans la profondeur ; certaines variétés méritent l'attention. Parfois le tissu conjonctif persiste et peut être mêlé intimement aux cellules sarcomateuses ; il peut même être aussi abondant que le tissu sarcomateux (fibro-sarcome) ; dans ces formes le tissu élastique persiste toujours. On observe deux types rares de myxo-sarcome, l'un à dégénérescence centrale, l'autre à dégénérescence périphérique.

Certains sarcomes fuso-cellulaires sont pigmentés ; on trouve dans les cellules des granulations jaune clair, ou jaune d'or plus ou moins abondantes. Contrairement à Babès, Unna admet que ces sarcomes n'ont pas généralement une origine vasculaire, même dans la plupart des cas d'angio-sarcome.

Sarcome à cellules rondes(globo-cellulaire.) — Dans cette forme, la masse du néoplasme est formée de cellules rondes, petites, dont le noyau n'est pas toujours très colorable, juxtaposées et souvent séparées par des fibrilles fines, formant un réticulum délicat dont les mailles n'enferment quelquefois qu'un seul élément, (lympho-sarcome), Des vaisseaux larges en abondance modérée, ayant conservé souvent leur endothelium, circulent dans le tissu du néoplasme. Celui-ci est cloisonné par des tractus importants d'origine conjonctive.

A la périphérie de ces sarcomes, Unna a noté la tuméfaction et la prolification des cellules fixes, la présence de mastzellen et de plasmazellen, celles-ci quelquefois en très grande abondance. Les cellules du sarcome dérivent, suivant Unna, de ces plasmazellen et par leur intermédiaire, des cellules fixes.

On observe très fréquemment des figures karyokynétiques dans le sarcome à cellules rondes, au contraire de ce qu'on observe dans le sarcome fuso-cellulaire. Comme ce dernier le sarcome à cellules rondes respecte toujours l'épiderme et en est séparé par une zone conjonctive.

Unna a observé une variété remarquable qu'il décrit

sous le nom de forme figurée et où l'on observe au centre de nodules formés de cellules sarcomateuses rondes des amas clairs. Ces amas comprennent entre autres éléments des cellules pâles à plusieurs noyaux et même à leur périphérie des cellules géantes.

Sarcome à cellules géantes. — Cette forme est extrêmement rare : on y trouve de grandes cellules à noyau clair dérivant des cellules fixes, des cellules géantes ayant exactement le caractère des cellules géantes de la syphilis ou de la tuberculose, d'autres qui sont des chorio-plaxes, enfin des plasmazellen. Tous ces éléments sont répartis sans orientation définie. Les endothéliums vasculaires persistent. Ces sarcomes rappellent à de très nombreux points de vue, par leurs caractères histologiques, les néoplasmes d'origine infectieuse.

Nous nous contenterons de signaler l'observation de **carcinome**-primitif-reticulé de Chambard et Trélat (obs. XI), qui avait été procurée par Schmit (1), l'examen histologique minutieusement fait, nous dispense d'en dire plus long à ce sujet. L'obs. XII d'Hélot est peut-être moins démonstrative bien que dans sa thèse, Lerefait en dise : c'était un carcinome, un épithéliome diffus développé dans un molluscum.

Reprenant ces diverses observations ; ne serait-il pas possible de dire : *toutes les tumeurs conjonctives de la peau peuvent revêtir l'aspect du molluscum fibrosum.*

(1) Schmit, *transformation carcinomateuse d'un molluscum.* (France médicale n° 61. 30 juillet 1879).

Il en existe deux classes bien distinctes :

1° Tumeurs conjonctives embryonnaires ;
— sarcomes ;
— myxomes;
2° Tumeurs conjonctives adultes ;
— fibromes ;
— lipomes.

Rarement les types anatomique sont nettements tranchés, les tumeurs sont mixtes. Fibro-sarcomes.

Certaines observations comme celles de Chambard et Trélat, de Broca démontrent également que certaines tumeurs épithéliales primitives d'après leurs auteurs, peuvent avoir également le même type clinique. Relire les considérations de Chambard (obs. XI).

Il est cependant *nécessaire,* à notre avis, de consacrer le mot molluscum-fibrosum, qui est un mot de clinique, de vieille clinique c'est possible, mais un mot qui répond à un certain ensemble symptomatique — c'est bien ainsi que l'entendaient, comme nous l'avons vu, les premiers auteurs qui s'en sont servis — mais en y ajoutant l'expression solitaire ou circonscrit. *Il faut le conserver, mais à condition de lui donner son sens primitif et non pas une signification anatomique.*

C'est là du reste l'histoire de bien de nos termes de pathologie ; nés à une époque où il fallait bien se contenter d'ensembles symptomatiques assez larges, ils se sont trouvés avec les progrès de l'analyse scientifique ou trop compréhensifs ou pas assez définis, aussi leur a-t-on fait subir les changements les plus divers dans leur signi-

fication ; de là des confusions. Le seul remède à celà *c'est de rendre aux données de la tradition clinique leur valeur tout en laissant au progrès anatomique ses franches coudées.*

Le mot polype par exemple, ne sert-il pas à désigner un certain fait clinique parfaitement net ? N'admet-on pas des polypes muqueux ou fibreux ? Eh bien ! il doit en être de même pour le molluscum qu'on pourrait *presque appeler le polype de la peau.*

IV

ÉTUDE CLINIQUE

Siège. — Les sièges ordinaires des molluscum solitaires sont la tempe, les paupières, la nuque, la poitrine, l'aine, et surtout la grande lèvre.

Une observation de M. Tillaux concerne la plante du pied (obs. XXI de la thèse de Boudet).

Une de Michel, le conduit auditif externe.

Quel est le siège habituel du sarcome localisé primitif de la peau?

Il est variable, cependant il semble avoir une certaine prédilection pour les extrémités. Dans les sept cas de Perrin, on le trouve une fois sur l'index, une fois à la face interne du cou de pied, enfin une fois sur la face dorsale du poignet. Dans les autres cas, on l'a vu à la fesse, au pli de l'aine, à la paupière, sur l'épaule.

Dans le cas de Pluyette, au niveau de l'aine.

Dans notre observation, la tumeur siégeait à l'aine.

Forme. — Les tumeurs peuvent revêtir les aspects les plus divers.

1° *Forme aplatie.* — On est en présence de ce que certains auteurs appellent dermatolysis. A la face, au cou s'insère un pli cutané qui tombe plus ou moins bas. Ces tumeurs peuvent ressembler à un manteau, une pèlerine, et peuvent offrir des replis étagés.

Dans le cas de Nélaton, la ressemblance était grande avec un manteau vénitien qui de la nuque descendait en arrière jusqu'au sacrum, en avant jusqu'à l'épigastre. (*Voir plus loin au volume.*)

2° *Forme arrondie ou pédiculée.* — D'autres fois elles sont arrondies, et alors lisses et lobulées.

Lorsqu'elles ont atteint un certain volume, les téguments de la base s'effilent, s'allongent en un pédicule plus ou moins long; le molluscum peut mériter alors l'épithète pittoresque de *pendulum*, créée par Willau.

On a vu des malades qui mobilisaient leur tumeur, la déplaçaient dans divers sens, s'en coiffant par exemple lorsqu'elle siégeait à la nuque.

Dans une observation de Villeneuve fils (de Marseille(1)), une tumeur de la grande lèvre, plus grosse qu'une tête d'adulte, n'a pas mis obstacle à l'accouchement grâce, à la longueur du pédicule qui permettait de la rejeter entièrement sur un des côtés, lorsque la malade écartait les cuisses.

Chassaignac, en 1866, a fait voir à la Société de chirurgie un malade dont le fibrome, inséré sur le haut de

(1) Villeneuve fils. *Marseille médical,* 1877.

la poitrine, avait allongé son pédicule jusqu'à venir toucher le pubis.

Volume. — En règle générale, les molluscum fibrosum sont de petit volume. De la grosseur d'un petit pois, d'une noisette, leur volume peut néanmoins s'élever jusqu'à celui du poing, d'une tête de fœtus.

Pozzi en a opéré un pendant du thorax au pubis, pesant deux livres ; Virchow, dans sa *Pathologie des tumeurs*, cite le poids de 32 livres 1/2.

Mais c'est dans la forme aplatie, que certains auteurs désignent sous le nom de dermatolysis, que se rencontrent les plus volumineux. La ressemblance était grande, dans un cas de Nélaton, avec un manteau vénitien qui de la nuque descendait en arrière jusqu'au sacrum, en avant jusqu'à l'épigastre.

Valentine Mott (1) a vu un pli analogue aller de l'oreille à l'ombilic.

On pourrait citer bien des faits de ce genre dus à Schultze (2), Fritsche, Stokes, Wedden Cooke, etc.

Un des plus célèbres est celui d'Eléonore Fitzgerald, femme vue par J. Bell : un énorme repli long de 1 m 50, naissait de l'oreille et de derrière la tête, couvrait le cou, la poitrine et l'abdomen, et tombait en bourrelets volumineux semblables à des paquets d'intestin ; quand la

(1) Valentine Mott. *Remarks on a particuliar form of tumor of the skin denominated pachydermocèle. Med. Eraus., 1854*, t. XXXVII, p. 155.

(2) Schultze. *Ein Fall von sehr. grossem Fibroma molluscum.* Deutsche zeitschrift für Chir., 1880, t. XIII, p. 373.

femme était assise, elle devait tenir sur les genoux, des deux mains, cette tumeur monstrueuse.

Chez les malades de Nélaton, de *Marcacci* (loco citato), le poids du néoplasme avait luxé l'articulation sterno-claviculaire.

Les tumeurs malignes, sarcomateuses (observation personnelle), carcinome (observation de Chambard), sont de petit volume. Il en est de même de tous les sarcomes primitifs localisés de la peau dont nous avons lu les observations ; jamais nous n'avons noté de tumeur plus grosse que le poing.

Etat des téguments. — La peau qui recouvre les tumeurs est généralement de coloration à peu près normale, parfois pigmentée, lisse ou ridée et rugueuse, quelquefois sillonnée de veines bleuâtres.

Sur les régions pourvues de poils, ceux-ci sont plus écartés les uns des autres, à cause de la distension subie par les téguments ; à la base des poils, on observe quelquefois une petite dépression. (Obs. XIX de Th. de Boudet. Denonvilliers, 1805.)

Les follicules sébacés sont souvent un peu plus développés qu'à l'état normal, et la peau grasse ressemble à une passoire.

Dans certaines observations (observation personnelle de la thèse de Grenié), on note des points où la peau est enflammée et le siège de phénomènes inflammatoires dus aux heurts, aux chocs.

Dans toutes les observations où il s'est agi de tumeurs malignes (sarcomes ou épithéliome), *l'ulcération est notée.*

Nous y reviendrons plus loin au diagnostic.

Consistance. — La plupart des auteurs l'assimilent à celle d'une mamelle de femme flétrie et pendante. Tantôt on a la sensation d'une lobulation évidente, de parties plus dures à côté d'autres moins consistantes; mais, fait à noter, les *tumeurs malignes* (dont nous rapportons les observations) *ont une consistance plus dure.*

Evolution clinique. — Que le fibroma molluscum solitaire ait commencé à se développer dès la naissance, ou qu'au contraire son apparition et son développement aient été plus tardifs, il apparaît tout d'abord sous la forme d'une petite tumeur sessile, se surélevant peu à peu à mesure que son accroissement s'opère et devenant ou non péditulée.

1° *L'indolence* est le principal caractère de cette affection. C'est grâce à elle qu'il est possible de voir dans les services de chirurgie ces tumeurs énormes dont nous avons parlé plus haut au volume.

2° *La marche est lente, mais progressive dans la plupart des cas* (40 ans, cas de Challand; 15 ans, cas de Dubois). Mais ces tumeurs sont susceptibles, sous l'influence de causes multiples, de subir des variations de volume et de prendre un essor plus rapide.

Dans l'observation de Demarquay, 1864 (obs. XVIII, thèse de Boudet), la tumeur augmentait par la marche, par les fatigues, à chaque époque menstruelle.

Lagrange et Duret insistent également sur la fatigue, les exercices violents, les règles comme agents accélérateurs de la marche du molluscum fibrosum solitaire.

Marfan insiste sur les congestions menstruelles (1).

Budin (2) sur l'influence de la grossesse amenant un grand et rapide développement de la tumeur.

Faisons remarquer que ces quatre observations ont trait à des fibroma-molluscum de la grande lèvre. Tous les organes du petit bassin étant congestionnés au moment des menstrues ou pendant la grossesse, il n'y a rien d'étonnant dans ce phénomène, l'afflux sanguin étant à ce moment beaucoup plus considérable au niveau de la tumeur.

3° La plupart des auteurs signalent bien *l'ulcération*, les hémorrhagies, mais ils semblent n'attacher à l'ulcération de la tumeur qu'une faible importance. Or, nous verrons au chapitre *Diagnostic* quelle importance capitale nous attachons à ce fait.

4° Inutile d'insister sur les *phénomènes inflammatoires* qui peuvent se rencontrer au niveau de la tumeur, produits par les heurts, les traumatismes répétés, et ne présentant aucun intérêt spécial.

5° *Transformation epithéliale et sarcomateuse des molluscum fibrosum solitaires.*

Cette question de la transformation des tumeurs nous a vivement intéressé. La thèse de Lerefait, déjà ancienne puisqu'elle date de 1884-85, nous a permis de constater que la connaissance des processus histologiques est peu connue et que les auteurs peuvent en faire la constatation anatomique sans en pénétrer la raison et sans en démêler la cause. On a été jusqu'à mettre en doute cette

(1) Mémoire sur le molluscum simplex.

(2) *Revue photo. hôpit.*, Paris, 1872t

transformation, relativement au sujet qui nous intéresse ; par exemple, on a contesté les observations de Lagrange et Duret, mais il nous parait que les observations de Malassez (obs. VI de cette thèse), de Trélat (obs. XI de cette thèse) sont incontestables.

Cliniquement le fait est indéniable (observation de Hallopeau et Hélot : obs. VIII et XII). La tumeur est restée stationnaire pendant longtemps ; à la suite d'un traumatisme ou sans cause apparente, elle s'ulcère et augmente de volume ; *l'examen histologique* montre qu'il s'agit d'un fibro-sarcome ou d'un carcinome (obs. VI et XI), *l'évolution clinique* (obs. IX et XII) prouvent que la tumeur est maligne, car elle récidive et se généralise.

Pourquoi un néoplasme longtemps stationnaire dans son évolution prend-il tout à coup des allures malignes ? Question intéressante qui ne sera résolue que lorsque nos connaissances sur la nature intime des tumeurs et l'étiologie des néoplasmes seront plus étendues et surtout plus précises.

Rindfleisch fait remarquer avec beaucoup d'à propos, à ce sujet, que le fibrome et le sarcome ne sont pas, à vrai dire, des tumeurs différentes, qu'il n'y a pas par conséquent de *transformation*, mais simple évolution ou rajeunissement d'un néoplasme.

Quelle est maintenant l'évolution du sarcome cutané primitif localisé ?

C'est un fait bien remarquable qu'il reste longtemps isolé. A cet égard, Kobner a montré combien cette espèce était spéciale ; ainsi, dans son observation, le

nœvus originel est écorché, irrité, excorié à chaque instant jusqu'à l'âge de vingt ans; il ne réagit pas, il reste indifférent; à cet âge la tumeur se développe, et elle repullule longtemps sur place sans se généraliser. Ce n'est qu'à l'âge de vingt-trois ans que les ganglions lymphatiques commencent à s'hypertrophier.

Dans notre observation VII, marche lente; un an et demi.

Dans plusieurs cas, le phénomène qui a indiqué que la généralisation était imminente est l'altération des vaisseaux et des ganglions lymphatiques en rapport avec la tumeur; mais on est en droit de se demander si cette altération des lymphatiques est une dégénérescence sarcomateuse, car dans le cas de Shepherd l'amputation de la cuisse amena la diminution rapide de ces ganglions.

Peut-être n'y a-t-il là qu'un phénomène d'irritation banale, cependant le cas de Heurtaux semblerait prouver le contraire.

Un autre phénomène qui est souvent précurseur de la généralisation, c'est l'ulcération du néoplasme, qui sécrète alors un liquide sanieux et fétide et peut devenir très douloureux.

Lorsque la généralisation a lieu, elle peut frapper les viscères et la peau.

C'est par la dégénérescence sarcomateuse des viscères que meurent en général les malades; dans deux cas le foie fut envahi, et l'on y trouva des noyaux sarcomateux; pendant la vie de l'ictère fut constaté, et il y eut du délire dans les derniers jours. Cette dégénérescence peut

d'ailleurs frapper d'autres viscères plus ou moins éloignés de la tumeur initiale.

Actuellement on admet que cette dégénérescence viscérale est sous l'influence de la circulation sanguine et non de la circulation lymphatique.

Enfin on peut observer de la sarcomatose secondaire de la peau ; cependant ce dernier fait est loin d'être la règle, il n'est noté que dans les observations de Shepherd et de Kobner. Dans le premier cas il s'était fait non loin de la tumeur primitive de petits dépôts nodulaires dans le derme, ces dépôts ne s'étendaient pas très loin du sarcome primitif ; dans le second cas, la sarcomatose cutanée secondaire fut plus franche et plus nette. Cet auteur observa des dépôts sarcomateux consécutifs dans l'hypoderme des régions sus claviculaires, sus épineuses, sternale, lombaire ; les dépôts secondaires paraissent avoir reproduit les caractères de la tumeur primitive.

Dans le cas de Perrin et Pluyette (obs. IX de cette thèse), la récidive eût lieu cinq fois. — Pas de récidive dans notre observation.

En résumé, l'évolution du sarcome primitif localisé de la peau est la suivante :

1° Le sarcome primitif localisé peut végéter longtemps sur place sans se généraliser, il peut même guérir totalement par une ablation complète.

2° Il peut se généraliser. Cette généralisation est précédée d'altération du système lymphatique sans qu'il soit prouvé que ce dernier en soit le conducteur. Cette généralisation se fait aux viscères et surtout au foie, quelquefois à la peau : c'est alors la sarcomatose cutanée secondaire.

V

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du molluscum fibrosum solitaire doit être fait avec le lipôme, le nœvus mollusciforme, avec les kystes sébacés, l'éléphantiasis ; et les diverses tumeurs vulvaires lorsqu'il siège à la grande lèvre.

Le lipôme, tumeur sous-cutanée, peut devenir lui-même pendulum, et nous rapportons dans nos observations des cas de lipômes décrits sous le nom de molluscum fibrosum.

Le nœvus mollusciforme est une affection congénitable qui reste stationnaire et n'évolue pas comme le molluscum fibreux, il ne s'accroît pas et ne disparaît pas (Gaucher).

En 1871, Malassez a montré à la Société anatomique un cas d'angiome caverneux, qu'il présente sous le nom de molluscum pendulum du dos.

Les kystes sébacés ou loupes sont des tumeurs sébacées, tendues, révitentes, hémisphériques qui s'accroissent progressivement et dont le contenu est formé de matière sébacée et pathognomonique.

Les Cysticerques de la peau et du tissu sous-cutané sont des tumeurs liquides, la ponction lèvera les doutes (Barbe).

Il y a une dernière distinction à faire, c'est celle de cette variété de molluscum pendulum qui ressemble à un simple pli cutané, avec la **dermatolysie vraie**.

Celle-ci est constituée par un relâchement de la peau qui forme un pli en s'adossant à elle-même par sa face profonde et retombe par son propre poids. C'est une affection congénitale qu'on observe surtout aux paupières, au cou, sur la paroi abdominale.

La localisation fréquente du molluscum fibrosum sur les organes génitaux de la femme, le volume de la tumeur peuvent en imposer pour **l'éléphantiasis**. Comme le molluscum, l'éléphantiasis de la grande lèvre est aggravé par la menstruation et par la grossesse ; comme lui il peut atteindre un volume considérable : mais le début de ces deux affections, est bien différent ; le molluscum commence par un petit noyau circonscrit, indolent ; pas de réaction générale ; l'éléphantiasis, quelle qu'en soit la cause, se manifeste à la période de début par de la lymphangite, avec modification de la couleur des téguments dans la région atteinte. La notion du pays de provenance peut être d'un grand secours. D'autre part la plaque éléphantiasique primitive est vague dans ses contours, elle est douloureuse ; elle n'est souvent, du

moins dans nos pays, que la persistance d'un œdème inflammatoire consécutif à des affections diverses telles « qu'érysipèle, lymphangites répétées, eczéma, lichen chronique ». Avec ces quelques caractères différentiels, il est donc facile de diagnostiquer le fibroma-molluscum solitaire.

L'esthiomène de la vulve, à type éléphantiasique à débuté par une plaque rouge sombre violacée lupique : puis il y a eu hypertrophie consécutive à l'induration chronique : c'est le lupus vulvo-anal et la malade présente souvent des stigmates de scrofule.

Les Kystes de la grande lèvre dont la glande de Bartholin est le plus souvent l'origine, sont fluctuants, plus tendus que le molluscum.

Les angiomes vulvaires sont douloureux contrairement au molluscum. (Trélat).

Les cas relatés par les différents auteurs, notre observation nous incitent à rechercher maintenant, les signes qui permettront au clinicien de faire un diagnostic anatomique et de juger s'il a affaire à une tumeur maligne ou à une tumeur bénigne.

Dans les observations *de lipomes* nous trouvons toujours notée cette sensation, de consistance grenue, et de lobulation ; Bailly note même la sensation de fausse fluctuation (Obs. III).

Dans les observations *de lio-myomes*, nous trouvons un siège particulier, le scrotum, l'aréole, du mamelon, la grande lèvre. La tumeur réagit au froid, aux irritations diverses, à l'électrisation par une rétraction évidente.

Tous ces faits n'ont aucun intérêt pratique, nous allons

en rencontrer de bien plus intéressants dans les observations de fibro-sarcome, de sarcome, de carcinome :

1° Un fait frappe tout d'abord, c'est que dans toutes les tumeurs classées histologiquement comme malignes, *l'ulcération de la tumeur est relatée.*

Fait assez curieux sans doute, puisque dans les autres observations que nous avons lues de molluscum fibrosum, de nature bénigne, ayant même atteint de notables dimensions, on notait bien certain état inflammatoire des téguments, mais sauf le cas de *M. Tillaux* où il s'agissait d'un molluscum fibrosum solitaire de la plante du pied et ulcéré mécaniquement à la suite de fatigues et d'une longue marche, et celui de M. Marfan (molluscum fibrosum solitaire de la grande lèvre), l'ulcération vraie n'existait pas.

Phelisse dit dans sa thèse : jamais les liomyomes simulant le molluscum fibrosum ne s'ulcèrent. Les malades dans bon nombre d'observations semblent rapporter à un choc, à un traumatisme direct, l'ulcération de leur tumeur ; dans certains cas, cette pathogénie paraît indiscutable — cas de Gross in thèse Perrin — mais dans d'autres, au contraire, on ne peut y attacher qu'une importance relative. De cause efficiente, le trauma ne devrait-il pas passer au rang de cause occasionnelle dans la production de l'ulcération. Combien de malades sont tentés de rapporter à une cause qui leur paraît la plus simple les maladies dont ils sont atteints ?

C'est un coup dont on ne se souvient que très vaguement, qui a marqué le point de départ d'une tumeur blanche, d'un mal de Pott, d'un cancer du sein, d'un

abcès froid, d'une tumeur quelconque — aussi, doit-on, admettre souvent sous toutes réserves les dires du malade.

Bref, pourquoi les tumeurs ulcérées sont-elles toujours malignes histologiquement et cliniquement comme le démontrent les récidives, (Obs. IX, XI et obs. XII), il ne nous paraît pas qu'elles aient été plus que les autres le siège de traumas. — Citons des faits : voilà un malade de Grenié qui a un molluscum solitaire à la cuisse, pesant 1740 gr., un malade de Pozzi qui en porte un de 11 kgr., rien, pas d'ulcération, rien non plus dans les observ. I, II, III, malgré le volume de la tumeur, son siège dans des régions où s'exercent incessamment des frottements et d'un autre côté, voilà des malades comme ceux de Pluyette et Perrin, de Chambard, de Malassez, comme le nôtre, porteurs de tumeurs relativement peu volumineuses situées, au dos, à l'abdomen, ces tumeurs sont ulcérées et ce sont des tumeurs malignes.

De là à dire que l'ulcération est presque toujours symptomatique de la malignité de l'affection, il n'y a qu'un pas.

2° Pourrait-on aussi ne pas remarquer que dans toutes les observations de tumeurs malignes, l'accroissement de la tumeur se fait rapidement après une longue période d'état stationnaire.

C'est le cas de Kobner : tumeur sarcomateuse sur nœvus, de Gross, d'Ovion (obs. de Thèse, de Perrin), où comme dans notre observation la tumeur marche rapidement depuis son apparition et s'ulcère dès le début.

3° La consistance de ces tumeurs malignes semble

plus ferme que celle des fibroma-molluscum solitaires du type ordinaire fibrome mou.

4° En résumé, ulcération, accroissement rapide, consistance plus dure sont trois signes cliniques en faveur de la nature maligne de la tumeur.

5° Nous n'insistons pas sur l'engorgement ganglionnaire qui doit toujours être recherché.

VI

PRONOSTIC. — MARCHE. — DURÉE

Pronostic. — Tous les auteurs semblent d'accord pour considérer le molluscum circonscrit pendulum comme absolument bénin dans son essence. C'est une gêne plutôt qu'un véritable danger ; c'est une infirmité que l'on supporte. Dans certains cas la difformité est plus considérable, la gêne mécanique plus ennuyeuse.

Chez les malades de Nélaton, de Marcacci (1), le poids du néoplasme a luxé l'articulation sterno-claviculaire.

On conçoit que lorsque la tumeur prend des proportions aussi considérables (cas de Pozzi, molluscum de 11 kilogr. pendant de la mamelle à la cuisse), malgré l'indolence complète, le malade puisse être gêné dans la marche ou dans d'autres actes physiologiques, nonobstant la nécessité de multiples précautions pour éviter

(1) Marcacci, *Di un raro essemplo di fibroma mollusco, Giorn Ital delie mal ven,* 1879, p. 193.

les heurts et les chocs, amenant le froissement et l'ulcération de la tumeur. A la face la difformité est précoce, le volume quelquefois surprenant, témoin les observations de Lucke et J. Bell.

Mais, dans d'autres cas, le pronostic est aggravé par l'apparition d'une ulcération. Les froissements, les chocs répétés, sont causes alors d'hémorrhagies qui peuvent être graves par leur abondance, leur durée, leur répétition. M. Marfan en a rapporté un exemple à la Société anatomique.

L'ulcération sans tendance à la guérison peut être la porte d'entrée d'infections, d'adénophlegmons.

Mais, bien que ces faits soient rares, les exemples de *dégénérescence sarcomateuse* cités par Lagrange et Duret (1), par Wagner et Malassez (2), de *dégénérescence cancéreuse* constatée par Chambard sur une pièce de Trélat, par Lerefait (3), par Hélot (obs. XII)

Notre observation de sarcome pur doit conduire à quelques réserves pronostiques, car dans ces cas se pose la question de la possibilité de récidives locales, celle de métastase et de généralisation sarcomateuse.

Tous les auteurs sont d'accord pour constater que la forme sarcome cutané primitif localisé a un pronostic moins grave que celui des autres formes, en ce sens

(1) Lagrange et Duret. *Bull. Soc. anat.*, 1871, p. 25-87, 145-151.
(2) Malassez. *Bull. Soc. anat.*, 1873, p. 459, 487-494.
(3) Lerefait. Th. Paris, 1884-85, n° 133.

que les observations tendent à prouver qu'une intervention chirurgicale radicale peut amener la guérison parfaite de la maladie ; le gonflement des ganglions lymphatiques n'est même pas une contre-indication. Cas de Shepherd. (Observat. XXIX, Th. Perrin.)

VII

TRAITEMENT

Traitement. — L'examen histologique des molluscum fibrosum que nous avons observés, les réserves pronostiques que nous avons émises plus haut, nous permettent de résumer la question du traitement en une formule très simple : le seul traitement de ces tumeurs est l'ablation.

L'ablation est justifiée :

1° Par le volume que peuvent prendre certaines tumeurs ;

2° Par la possibilité de la transformation épithéliomateuse ou sarcomateuse de ces tumeurs ;

3° Par la difficulté de savoir, par les moyens d'investigation mis à notre disposition par la clinique, si l'on a affaire à une tumeur maligne ou à une tumeur bénig ne

L'ablation est commandée :

1° Par la gêne fonctionnelle apportée au malade par le volume de sa tumeur ;

2° Par l'ulcération amenant des souffrances, des complications inflammatoires, des hémorrhagies et, comme nous l'avons vu, symptomatique souvent de la malignité de la tumeur.

La fréquence des érysipèles et des lymphangites, citée autrefois après l'ablation des grosses masses au bistouri, ne doit plus être prise en considération aujourd'hui depuis l'emploi des méthodes antiseptiques. Et nous pourrions dire qu'il n'y a aucune contre-indication à l'ablation de ces tumeurs, sauf, bien entendu, celles qui sont tirées de l'état général du sujet, et qui doivent être posées avant toute intervention chirurgicale.

M. Marfan, dans son Mémoire sur le molluscum simplex de la grande lèvre, a avancé que la tumeur, au moment des époques cataméniales, était le siège d'un afflux sanguin. Dans l'observation de Budin (*Revue photographique des hôpitaux de Paris*, 1872), on trouve signalée cette congestion pendant toute la durée de la grossesse. L'obligation de ne pas opérer à l'époque des menstrues ou pendant la grossesse s'impose donc au chirurgien.

2° *Quelles sont les méthodes à employer?*

Rejetant l'emploi de la destruction par les caustiques, longue et ennuyeuse, de la ligature élastique à laquelle on peut faire les mêmes reproches, nous admettons que l'intervention sanglante au bistouri est la méthode de traitement par excellence de ces tumeurs.

On enlèvera donc largement la tumeur en en dépassant les limites, surtout si elle parait diffuse ou si elle présente un prolongement du côté du tissu cellulaire sous-cutané. On réunira par des sutures au crin de Florence les bords de la plaie.

Dans certains cas, certains fibromes diffus ne peuvent pas être enlevés entièrement ; on en excise alors des fragments en forme de quartier d'orange, et l'on suture les lèvres de la plaie. Plusieurs opérations de ce genre ont été conduites avec succès.

Rarement l'opération est difficile, à part certains cas où la présence de nombreux vaisseaux à la périphérie de la tumeur amène une hémorrhagie abondante, dont l'hémostase par pincement des vaisseaux a toujours eu raison.

Quels sont les résultats obtenus ?

Si l'ablation de molluscum énormes donnait jusqu'à ces dernières années une grande mortalité et si des résultats malheureux sont consignés dans d'anciennes interventions, actuellement les succès se sont multipliés.

A part quelques cas où la récidive s'est faite localement ou à distance, cas d'Audry (obs. X), cas de Pluyette et Perrin (obs. IX), cas de Hélot (obs. XII), les résultats sont des plus satisfaisants et ces cas de récidive doivent inviter le chirurgien à une intervention rapide et complète.

Que faire en face des récidives ?

Le cas de Pluyette et Perrin, où le malade bénéficia d'une longue survie par les cinq opérations sanglantes

consécutivesqu'il subit (obs. IX), le cas de Hélot (obs. XII), démontrent qu'il faut, en face de récidives locales, intervenir rapidement et largement. L'opération est encore indiquée dans le cas de récidive ganglionnaire, car elle peut tout au moins donner une certaine survie, comme en témoigne le fait de Shepherd relaté dans la thèse de Perrin.

Mais la constatation d'une généralisation viscérale contre-indique toute intervention. Il en est de même lorsque des tumeurs sarcomateuses cutanées multiples apparaissent.

L'abstention est la règle. On pourra essayer cependant l'arsenic à haute dose par la voie buccale ou en injections sous-cutanées, car on a vu des cas où les tumeurs se sont affaissées et ont diminué de volume, sans cependant disparaître complètement.

IX

OBSERVATIONS

Observation I

Termet. — Deux cas de molluscum pendulum. *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1897, LXXII, 499.

M. Rose, 49 ans, garde-barrière à Mayenne, entre le 29 mai 1897 à l'hôpital Beaujon, dans le service du Dr Lucas Championnière, pour se faire débarrasser d'un volumineux molluscum de la cuisse gauche.

La tumeur avait débuté, une trentaine d'années avant, par un petit bouton situé sur la face externe de la cuisse, à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. Le bouton grossit peu à peu, lentement, n'occasionnant ni douleur ni gêne. Plus tard la tumeur se mit à grossir plus rapidement, et il y a deux ans elle avait acquis un volume moitié moindre que le volume actuel. Elle avait donc fait de rapides progrès dans ces deux dernières années, mais sans que la malade s'en inquiétât, à cause de l'absence totale de douleur. Cependant, dans ces derniers temps, la tumeur par ses grandes dimensions et son poids était devenue insupportable ; elle occasionnait,

en outre, une certaine fatigue dans la jambe gauche par suite des tiraillements qu'elle déterminait.

On constate, à l'entrée de la malade, à la région précitée la présence d'une masse grosse comme une tête d'enfant, arrondie, légèrement ovoïde, reliée à la cuisse par un pédicule de 10 centimètres environ de largeur dans le plan vertical.

La surface externe de la tumeur est lisse. La peau y présente son aspect normal, mais elle est sillonnée par de gros troncs veineux qui paraissent en certains points se terminer en cul-de-sac.

Sa consistance est irrégulière. Dans la majeure partie de la tumeur elle est molle, rappelant celle du lipome. En certains points, principalement vers sa région antéro-nférieure, elle présente des masses dures de consistance fibreuse.

Le 1er juin, ablation de la tumeur. Le pédicule est très vasculaire dans ses parties périphériques ; vers le centre se trouve un prolongement lipomateux s'enfonçant dans les téguments presque jusqu'au contact de l'aponévrose.

La masse, facilement extirpée, pèse 1340 gr. ; à la coupe la tumeur apparaît constituée par des masses plus ou moins distinctes les unes des autres de tissu lipomateux, circonscrites et reliées entre elles par des tractus fibreux durs, assez nombreux et dont le développement plus grand en certains points a donné lieu à des amas de tissu fibreux perçus, à la palpation de la tumeur, comme des noyaux indurés noyés dans sa masse.

II. —W... Adèle, 42 ans, domestique, entre le même jour dans le même service, pour une affection analogue mais à un degré beaucoup moindre de développement. Elle a un petit molluscum du volume d'une mandarine environ, situé à la partie supéro-interne de la cuisse gauche, à environ 3 travers de doigt au-dessous de la grande lèvre.

La tumeur avait débuté, dix ans auparavant, par un petit noyau induré perçu sous la peau, de la grosseur d'une noisette, mais ne faisant aucune saillie. L'évolution, pendant les quatre premières années, en a été lente, mais depuis dix ans elle s'est développée plus rapidement jusqu'à atteindre le volume actuel. Elle a été traitée, il y a 7 ou 8 ans, par des pointes de feu et de la teinture d'iode en applications.

Actuellement c'est une petite masse arrondie, légèrement pédiculée, molle à la palpation avec quelques points plus indurés, peu douloureuse à la pression, indolore spontanément, quoique de temps en temps, surtout au moment des règles, elle ait été le siège d'élancements s'irradiant dans tout le membre inférieur, assez pénibles pour que la malade désire s'en faire débarrasser.

Elle est opérée le 1er juin. Comme pour la précédente tumeur, il y a un prolongement lipomateux s'avançant jusqu'au contact du muscle. A la coupe sa structure est, identiquement la même que celle de la précédente tumeur.

Observation II

Decaisne. *Bull. Soc. anat.*, 1876, p. 363. (Obs. II.)

X..., 32 ans, non mariée, n'ayant jamais eu d'enfants, se présente à la consultation de M. Trélat le 27 avril 1876. La santé générale a toujours été bonne et jamais elle n'a eu de maladies sérieuses. Il y a dix ans, elle s'aperçut d'une petite tumeur indolente, de la grosseur d'une noisette, siégeant au niveau du pli de l'aine du côté droit. Déjà à cette époque la petite tumeur était pédiculisée ; la malade lia elle-même le pédicule avec un fil de soie, mais la douleur devint très vive ; bientôt elle coupa le fil constricteur et abandonna la maladie à elle-même. La tumeur grossit de plus en plus pendant trois années ; et plus elle grossissait, plus le pédicule allait s'allongeant. Depuis sept ans elle est restée stationnaire et n'a subi de modifications dans aucun sens. Cependant, fatiguée à la longue par la gêne considérable qu'elle éprouvait, la malade vint consulter.

M. Trélat constata l'existence d'une tumeur du volume d'une grosse poire, dont le pédicule long de 7 à 8 cent. s'insérait à l'union du tiers externe et des deux tiers internes du pli inguinal droit. La tumeur était extrêmement mobile, et l'on a peine à concevoir comment cette femme a pu sans bandage d'aucune sorte se livrer impunément aux travaux des champs pendant 7 ans. La tumeur était d'ailleurs molle à la palpation, sans changement de coloration de la peau, et donnait à la pression une sensation de lobulation tout à fait évidente. M. Trélat diagnostica un *molluscum* adipeux parvenu à un état de

développement considérable. L'opération fut des plus simples grâce à la minceur du pédicule que l'écraseur eut bientôt sectionné. La malade ne perdit pas une goutte de sang. Elle n'a éprouvé depuis aucun accident. L'eschare s'est détachée et il ne subsiste qu'une petite plaie qui marche rapidement vers la cicatrisation.

Tumeur insolite en raison de son développement, de son siège et de son pédicule. Elle pesait 360 grammes. Une coupe pratiquée suivant son plus grand diamètre a montré qu'elle était presque exclusivement formée de tissu graisseux. Mais l'élément vasculaire y tenait aussi une grande place, et il s'en écoula une quantité considérable de sang.

Observation III

Bailly. *Bull. Soc. anat.*, 1886, p. 424.

Mme M..., 33 ans, porte depuis près de deux ans, à la région interne à la racine de la cuisse gauche, au niveau du pli génito-crural, une tumeur qui atteint au jour de l'ablation, 15 mai 1886, le volume d'un gros œuf de canard. Cette tumeur en battant de cloche pend entre les cuisses ; elle est devenue un objet de gêne tel, qu'après un long temps d'hésitation la malade en réclame impatiemment l'ablation. J'avais reconnu cette tumeur chez ma cliente il y a dix-huit mois, en l'accouchant de son quatrième enfant. Elle était alors du volume d'une petite noix, retenue à la peau par un pédicule de la grosseur d'un crayon ; elle était de consistance mollasse, ne présentant à sa surface aucune particularité sous le rapport

de la coloration ; on sentait sous la pression plusieurs petites nodosités sans adhérence avec les téguments ; elle était absolument indolente. Ses caractères, son lieu d'élection m'avaient fait porter le diagnostic : molluscum pendulum.

Mais, dix-huit mois après, l'aspect s'était singulièrement modifié ; le volume s'était presque décuplé. La peau lisse, luisante à sa partie inférieure, une sorte de transparence, de fausse fluctuation, donnait à la grosseur l'aspect d'une hydrocèle de volume moyen.

La base d'implantation s'était considérablement élargie et atteignait presque en circonférence les dimensions de la tumeur elle-même. Les vaisseaux sous-cutanés avaient pris à ce niveau un aspect variqueux. Bref, les conditions actuelles faisaient rejeter le diagnostic molluscum et ramenaient à l'idée d'un lipome vulgaire. C'est ce que l'examen de la tumeur pratiqué pratiqué par M. Charrin a pleinement confirmé.

Ablation : anesthésie locale, 2 incisions courbes à 2 cm. de la cuisse, quelques ligatures de petits vaisseaux, réunion par crins de Florence, par première intention.

Observation IV

Challand. — Molluscum pendulum du scrotum (fibro-myome). *Bull. Soc. anat.*, 1871, p. 149. (Obs. IV).

Homme de 65 ans entré dans le service de M. Trélat pour se faire soigner d'un rétrécissement ; présente à la partie supérieure de la face externe du scrotum (côté droit) une petite tumeur pédiculée, ayant la forme et le

volume d'une amande verte, à surface ridée et de même couleur que celle du scrotum, molle au toucher et donnant quand on la presse entre les doigts, la sensation d'un grain de raisin vide de sa pulpe. Le malade dit qu'elle date de 40 ans environ et qu'elle serait survenue à la suite d'un pincement de la peau du scrotum ; elle est arrivée rapidement au volume actuel et depuis n'a presque pas changé. Elle est excisée avec des ciseaux courbes : il ne s'écoule que quelques gouttes de sang.

Examen microscopique par M. Malassez. — Formée de tissu fibreux en majeure partie, et de quelques petits faisceaux de fibres lisses, la tumeur porte *près* de son point d'implantation deux poils dont les follicules sont un peu hypertrophiés ; mais les glandes sébacées n'ont pas augmenté de volume et les vaisseaux sont peu développés.

Observation VI

Malassez. — *Bull. Soc. anat.*, 1871, p. 87. Molluscum pendulum de la région-lombaire (fibro-sarcome). (Obs. VI).

Un homme de 75 ans entre à la Pitié, service de M. Trélat, pour se faire opérer d'une tumeur du dos.

Il ne sait à quoi l'attribuer : il s'en est aperçu il y a environ 25 ans ; elle avait alors le volume et la forme d'une noisette. La tumeur se développa peu à peu, mais, comme il n'en souffrait pas, il ne s'en inquiéta point.

Il y a 2 mois, cette tumeur s'est écorchée à la suite d'une chute sur le dos, dit-il, et cette écorchure, au lieu

de se guérir, ne fit que s'agrandir et il commença à souffrir.

Cette tumeur siège vers le milieu de la région lombaire, au voisinage de la ligne médiane. Elle est pyriforme et a le volume d'un petit œuf de poule. Elle est ulcérée dans son tiers inférieur (extrémité libre). La surface de l'ulcération est granuleuse et rouge, le passage entre la peau saine et l'ulcération est brusque, la peau est comme retournée en-dedans, au niveau du bord de l'ulcération. Le reste de la tumeur a l'aspect de la peau normale, on y remarque un certain nombre de plis transversaux ; il n'y a ni poils, ni orifices glandulaires.

Au toucher, mollesse et sensation de glissement au niveau du pédicule ; mais au voisinage de l'ulcération, résistance plus considérable et adhérence de la peau.

La tumeur fut enlevée à l'aide de l'écraseur, le malade sortit trois jours après ; la petite plaie résultant de la section du pédicule étant parfaitement cicatrisée.

M. Malassey a fait l'examen histologique de la tumeur, et voici le résultat de ses recherches :

« Sur une coupe, divisant en deux la tumeur et passant par le pédicule, on constate une différence d'aspect notable entre les parties supérieures et les parties inférieures du tissu morbide.

Les parties supérieures, c'est-à-dire celles qui sont au voisinage du point d'implantation, sont d'un blanc légèrement bleuâtre, ne laissant écouler que peu de sang, présentant un certain nombre de faisceaux, allant du pédicule à la périphérie, bref, ayant l'aspect fibreux : elles en ont la souplesse et la résistance. Les parties infé-

rieures, c'est-à-dire celles qui sont au voisinage de l'ulcération, et cela comprend à peu près le tiers de la tumeur, sont au contraire rougeâtres, un peu semi-transparentes, et parsemés de petits vaisseaux béants et saignants. Le tissu est moins souple et moins résistant. Le passage se fait de l'une à l'autre de ces parties par transition insensible.

EXAMEN MICROSCOPIQUE

1° *Partie supérieure et non ulcérée de la tumeur.* Sur une coupe perpendiculaire à la surface de la tumeur et faite au voisinage du point d'implantation, on trouve, en allant de dehors en dedans, un épiderme d'environ deux dixièmes de millimètre. La couche moyenne présente, surtout au voisinage du sommet des papilles, un certain nombre de ses cellules à l'état vésiculeux ; tandis que dans sa portion superficielle, c'est-à-dire celle qui est immédiatement au-dessous de la couche cornée, les cellules sont remplies de granulations brunes, très abondantes qui masquent presque complètement le noyau ou la vésicule ; il résulte que la partie la plus foncée de l'épiderme est, non pas la zône inférieure comme cela est d'habitude, mais la zône moyenne.

De l'épiderme, partent des prolongements épithéliaux qui séparent des prolongements papillaires venus dès tissus sous-jacents. Ces prolongements épithéliaux et papillaires sont à peu près égaux, il en résulte une apparence d'engrenage. Ils mesurent en moyenne de un demi à un millimètre de long sur un dixième de millimètre de large.

Au-dessous de l'épiderme se rencontre un tissu composé de cellules conjonctives, de fibres musculaires lisses, de faisceaux de fibrilles conjonctives, de fibres élastiques et de vaisseaux.

Les cellules conjonctivres sont à divers degrés de développement. La plupart sont à l'état de cellules plates et étoilées, quelques-unes sont fusiformes à un ou deux noyaux, enfin sur le trajet des vaisseaux on rencontre quelques traces de cellules embryonnaires.

Les fibres musculaires sont disséminées et très rares. Les faisceaux de fibrilles conjonctives sont plus étroits et forment par conséquent des mailles plus étroites et un tissu plus serré dans la partie sous épidermique qu'on pourrait considérer comme un derme ; plus profondément ils sont plus volumineux et constituent un tissu plus lâche ; ces faisceaux affectent une même direction générale, du pédicule de la tumeur à la périphérie.

Les fibres élastiques sont peu abondantes et toutes très fines.

En résumé, cette portion de la tumeur est constituée par du tissu fibreux ; les fibres lisses étant trop peu abondantes pour qu'on en puisse tenir compte.

2e *Partie inférieure et ulcérée de la tumeur.* — Sur une coupe faite au niveau de l'ulcération, on trouve une couche corticale de 30 à 50 μ. d'épaisseur, constituée par une matière granuleuse, englobant les globules sanguins et quelques cellules conjonctives embryonnaires. Il est probable que cette couche est le résultat du durcissement de l'exsudat qui se formait à la

surface de la tumeur ; au dessous de cette couche, le tissu morbide dans lequel on distingue des cellules conjonctives, des globules sanguins, des fibrilles de substance conjonctive et des vaisseaux. On ne retrouve plus ni fibres élastiques, ni fibres lisses.

Les cellules conjonctives sont, pour la plupart, à l'état embryonnaire, elles sont sphériques, mesurent de 5 à 8 μ. On en trouve également de fusiformes, principalement dans les parties profondes.

Les globules sanguins, rares en certains points, ont au contraire, envahi le tissu à d'autres points, surtout au voisinage de la surface d'ulcération ; on les trouve soit isolés, soit en séries linéaires, soit en amas irréguliers. On trouve aussi des granulations jaunâtres qui paraissent être des débris de globules, et ce qui le prouve c'est qu'on peut voir tous les états intermédiaires entre les granulations et les globules.

Les fibrilles conjonctives sont peu nombreuses, très fines ; elles apparaissent sur les coupes sous forme de mailles très allongées, contenant les cellules conjonctives et les globules ; la direction générale de ses mailles est du centre à la périphérie.

Les vaisseaux capillaires ont ceci de particulier que leurs parois ne sont pas embryonnaires.

Vu la grande quantité de cellules embryonnaires et la persistance de quelques fibrilles conjonctives, le tissu doit être dit fibro-sarcomateux.

3° *Passage de la partie fibreuse et non ulcérée à la partie fibro-sarcomateuse et ulcérée.* — La transformation du tissu fibreux en tissu fibro-sarcomateux débute

au voisinage des capillaires, soit dans le réseau dermique, à la base des papilles, soit dans l'intérieur du tissu entre les faisceaux de fibrilles : et cette transformation se constate déjà dans des parties qui, à l'œil nu, ont encore conservé l'aspect fibreux. Voici le mécanisme : à la place d'une cellule on voit de petites rangées de trois ou quatre cellules plus petites. A la place d'un faisceau de substance conjonctive, on voit des faisceaux un peu moins épais et un peu plus grisâtres, séparant les unes des autres les petites rangées de cellules dont nous parlions plus haut. On peut donc dire qu'il s'est produit une multiplication des cellules conjonctives, en même temps qu'une résorption des anciens faisceaux de substance conjonctive et formation nouvelle de faisceaux plus petits.

Ce processus, qui dans les parties d'aspect fibreux est très limité, devient d'autant plus marqué qu'on examine des parties plus voisines de l'ulcération, et on peut voir ainsi tous les intermédiaires entre le tissu fibreux le plus pur et la partie la plus sarcomateuse de la tumeur.

Il y a lieu d'étudier encore la transformation de l'épiderme de la tumeur au niveau de l'ulcération.

Le travail pathologique ne se produit qu'à une très faible distance du sillon de l'ulcération ; ainsi à un dixième de millimètre, l'épithélium est tel que nous l'avons décrit plus haut. C'est par le noyau que le travail débute ; on voit tout d'abord une augmentation de volume : de 8 à 9 μ. de diamètre qu'il avait, il mesure de 10 à 11. μ. Dans d'autres cellules, à la place d'un de ces gros noyaux, on voit deux, trois quatre ou cinq

noyaux plus petits mesurant de 3 à 6 μ. Les cellules épithéliales qui en ont le plus grand nombre, sont d'une façon générale, celles qui sont les plus voisines de l'ulcération. Mais comme ces petits noyaux occupent un espace plus grand qu'un seul gros noyau, il en résulte qu'au fur et à mesure de la multiplication, le protoplasma se résorbe, pour ainsi dire, dans les cellules qui possèdent le plus de noyaux, il est réduit à une espèce de coque. Enfin, au niveau même de l'ulcération, la plupart des cellules ont disparu, les noyaux, mis en liberté, se confondent avec les éléments embryonnaires du tissu sarcomateux.

En plus de cette altération, je signalerai encore, dans ces mêmes parties de l'épiderme une infiltration assez considérable de globules sanguins, lesquels paraissent venir des tissus sous-jacents, déjà sarcomateux, et siègent, soit entre deux cellules voisines, soit plutôt dans l'épaisseur même de ces cellules.

Reste à savoir si cette ulcération et cette transformation sarcomateuse sont le résultat d'irritations venues du dehors, ou si elles dépendent du processus de la tumeur ; si, en un mot, nous avons un fibrome enflammé ou un fibrome dégénéré.

Si ce processus était le résultat d'irritations extérieures, on ne le constaterait qu'au niveau même de l'ulcération et dans son étendue: or, j'ai dit que, même dans les parties éloignées dont l'aspect est parfaitement fibreux, on peut déjà reconnaître le début du mal. Au dire du malade, il y a chute, et pas autre chose ; mais il est bien évident qu'une plaie ne résultant que du trau-

matisme se serait guérie rapidement, ne se serait pas étendue peu à peu et ne serait pas devenue de plus en plus douloureuse. Il faut donc admettre alors, ou que le traumatisme n'a été que l'occasion de l'ulcération, ou que l'ulcération existait déjà, et que le malade ne s'en est aperçu qu'à propos de sa chute ; et en tout cas, que la véritable cause est dans la marche spéciale de la tumeur, et que nous avons affaire non pas à un fibrome enflammé, mais a un fibrome qui a subi et subit ce travail de dégénérescence sarcomateuse ; que la tumeur est un fibro-sarcome.

Observation VII personnelle

Madame D. G. *âgée de quarante-six ans* est couchée au numéro 17 *bis* de la salle Notre Dame : elle vient réclamer l'ablation d'une tumeur qu'elle porte du côté gauche de la partie abdominale depuis un an et demi environ et qui s'est ulcérée depuis un mois.

Elle ne présente rien à noter de particulier dans ses antécédents héréditaires ou personnels. C'est peu à peu dit-elle que la tumeur dont il s'agit s'est mise à grossir mais elle n'en était *nullement incommodée.* Ce n'est que depuis que cette tumeur s'est ulcérée, *sans qu'elle puisse bien exactement rapporter cette ulcération à une influence mécanique quelconque* que les écoulements variés dont elle est le siège, lui causent une gêne dont elle demande à être débarrassée.

On constate à l'examen de la malade vers la partie

moyenne de la fosse iliaque gauche un peu au-dessous de la ligne qui joint l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieur une tumeur cylindroïde prenant sur la peau une large base d'implantation. Cette tumeur haute de 5 a 6 centimètres environ mesure une base d'implantation de 4 centimères à peu près.

Elle appartient à la peau et est mobile sur le tissu cellulaire sous-cutané. On ne peut mobiliser la peau sur elle.

Au niveau de sa base elle se continue avec la peau saine de la paroi abdominale. La face supérieure un peu moins large sur la base présente une ulcération l'occupant à peu près tout entière, ulcération profonde, saignante et sainbule, dont le fond présente de nombreux bourgeons. Cette ulcération est limitée par des bords déchiquetés épais, à partir desquels la peau se poursuit sur le reste de la surface externe de la tumeur, de coloration violacée. L'examen des ganglions inguinans et acillaires n'a pas fait constater leur hypertrophie rien au foie et sur la surface cutanée quelques taches érectiles.

L'ablaticn de la tumeur a été pratiquée le 15 avril 1901. Incision en peau saine et sutures au crin, réunions par première intention. La malade sort le 25.

Examen de la tumeur. — Arrondie, de la grosseur d'un œuf, elle est rattachée à la surface cutanée séparable nettement des couches sous-cutanées.

Elle est mise dans l'alcool. L'examen est pratiqué après durcissement et coloration à l'éosine.

Examen histologique. — L'examen histologique de la tumeur a été pratiqué au laboratoire de la clinique chirurgicale par M. Halliou et M. Braillon, interne de service. Sur une coupe parallèle ou grand axe vertical de la tumeur, on constate en allant de la superficie vers la profondeur :

1° *Petit grossissement.* — On constate que la tumeur est nettement encapsulée ; en continuité avec les couches profondes du derme se confondant avec l'ulcération au niveau de cette dernière (partie supérieure).

Pas de trace de lobulation de la tumeur, qui semble composée d'éléments identiques placés sans ordre apparent.

2° *A un plus fort grossissement.* — 1° En dehors de la zone ulcérée on note la présence de l'épiderme avec les différentes couches du corps muqueux de Malpighi ; les papilles du derme sont d'apparence normale, ainsi que les couches dermiques sous-jacentes à la zone papillaire.

3° Au niveau de la surface ulcérée l'épiderme a disparu, ainsi que la couche papillaire du derme et ses couches superficielles ; on constate la présence d'un tissu inflammatoire, infiltrant les couches dermiques sous-jacentes dans lesquelles on reconnaît avec la plus grande netteté la coupe des glandes sudoripares.

C'est au-dessous de cette zone que, séparé du reste de la peau dans laquelle elle s'est développée par une capsule formée par une série de couches de fibres de tissu conjonctif, on constate la tumeur dont le tissu est formé

exclusivement de petites cellules fuso-cellulaires à noyau rondes en certains endroits, qu'on retrouve avec les mêmes caractères dans toutes les parties qui la constituent.

Au milieu de ces cellules la coupe de nombreux vaisseaux embryonnaires.

Pas de travées conjonctives entre les cellules, donc pas trace de lobulation, mais ún assemblage de cellules.

A la partie inférieure de la coupe, la tumeur est limiéepart la capsule qui la séparait à la périphérie, des couches superficielles du derme.

L'examen histologique démontre donc très nettement que la tumeur est un sarcome pur à cellules globo et fuso cellulaires, sarcome de la peau développé dans les couches profondes du derme. Il nous a semblé qu'en un point de la préparation les éléments embryonnaires qui constituaient la tumeur se continuaient directement sans en être séparés par une membrane d'enveloppe avec les cellules conjonctives du derme qui était infiltrés à ce niveau de cellules ayant les mêmes caractères que les cellules sarcomateuses de plus en plus nombreuses en allant vers la tumeur. Ce point représenterait l'origine de la tumeur primitive.

L'absence de tissu fibreux et de lobulation, la présence de vaisseaux embryonnaires, la constatation des cellules embryonnaires, globulaires et fusiformes, l'absence de pigment sanguin de cellules géantes, doit faire porter le diagnostic de sarcome primitif pur.

Observation VIII

HALLOPEAU. — Observation XXXI, *Thèse Perrin.*

Sarcome localisé de la peau de la paupière supérieure, biopsie, examen histologique.

La nommée Deflage, âgée de 78 ans, se présente au commencement de mars 1884, à la consultation de M. Hallopeau à l'Hôpital Saint-Louis. Elle a depuis 2 mois sur les 2 paupières supérieures et sur le front des surfaces eczémateuses, rouges, exulcérées, suintant abondamment et recouvertes de fines croûtelles. La paupière supérieure droite est légèrement épaissie et un peu indurée.

La malade revient à plusieurs reprises, à la consultation et l'on constate que l'épaississement de la paupière droite augmente et qu'il se forme en cette région une véritable tumeur. Les surfaces eczémateuses développées dans le voisinage demeuraient toujours stationnaires. La malade entre le 8 avril salle Biett n° 21, on constate alors outre des surfaces exulcérées sur la paupière supérieure gauche, et sur le front, une tumeur volumineuse grosse comme un poing d'enfant occupant toute la paupière supérieure droite qu'elle infiltre et déforme. Cette tumeur indurée descend sur la joue jusqu'au voisinage des ailes du nez : légèrement douloureuse au toucher, elle est exulcérée dans les 2/3 inférieurs, rouge, facilement saignante, en haut les téguments qui la recouvrent sont d'apparence cicatricielle rouge et légèrement tuméfiés. L'œil que la malade ne découvre que très difficile-

ment est sain. Pas de généralisation ganglionnaire. L'état général est bon.

L'examen histologique montre qu'il s'agit d'un sarcome. Opérée avec pâte de Canquoin dans le service de M. Le Dentu, elle sort le 8 septembre.

Observation IX

Sarcome cutané. Cinq récidives. Six opérations.

Le malade qu'à la dernière séance, mon ami le docteur Perrin vous a présenté, en notre nom commun, est un remarquable exemple de sarcome cutané. Peu d'observations sont aussi convaincantes pour montrer la lente évolution de l'affection, sa relative bénignité, sa tendance invincible à récidiver. Aussi brièvement que possible je vais vous esquisser son histoire pathologique, vrai martyrologe d'un morticole.

C'est vers 1874, il y a près de vingt-cinq ans que la maladie paraît avoir débuté. A ce moment on constatait à l'aine gauche une tumeur très petite, du volume d'un pois ; la peau périphérique avait un aspect parcheminé. Cet état semble être resté stationnaire une dizaine d'années, mais en 1874, à la suite d'un effort, la tumeur se développe et bientôt elle atteint la dimension d'un œuf de poule. Survient une écorchure accidentelle, remarquez ici l'influence du traumatisme, et le sang s'échappe en jet, comme poussé par une seringue, nous raconte le malade ; dès ce moment la tumeur se développe avec une rapidité effrayante, elle se pédiculise et prend l'aspect d'un énorme champignon, qui mesurait le 2 avril

1885, 0 m. 30 de circonférence à la base du pédicule et 0 m. 60 à la périphérie. A côté, existaient deux autres tumeurs non pédiculées, l'une de la grosseur d'une pomme, l'autre du volume d'une prune, et tout à l'entour un véritable semis dont les dimensions oscillaient entre le volume d'un pois et celui d'une lentille. Le néoplasme et ses rejetons s'étendaient de la verge au nombril débordaient sur le côté la crête iliaque et reposaien vers le bas sur la cuisse. C'est dans cet état que le malade fut envoyé, le 15 juin 1885, de la Lozère où il habitait à Montpellier, dans le service du professeur Dubreuil.

On prit le moulage de la tumeur, on essaya divers traitements intenses, mercure, arsenic, iodure, que le malade ne put du reste supporter et l'exérèse fut pratiquée le 6 juillet 1885. Vu l'énorme perte de substances la réunion per primam ne fut pas tentée, on laissa la plaie bourgeonner et le malade sortit guéri le 1er septembre de la même année, environ deux mois après l'opération.

Le résultat fut aussi bon qu'on pouvait l'espérer puisque le malade ne fut opéré pour la seconde fois qu'en 1890 soit cinq ans après. La récidive eût lieu non sur place, c'est-à-dire au côté gauche, mais à l'aine droite. La tumeur du volume d'une grosse pomme, était nettement pédiculée, aussi le Dr Raimbaud qui l'opéra à Aix plaça quelques points de suture.

Trois ans après en 1893, troisième intervention à Aix encore par le Dr Chabrier et le major de la garnison. Cette fois la récidive s'est faite aussi bien à droite qu'à gauche. L'ablation est également suivie de sutures,

La 4e et la 5e observation eurent lieu toujours à Aix en novembre 1896 et août 1897. La récidive n'eût plus lieu à gauche (point de départ du mal) mais à droite. C'est le Dr Vadon qui pratiqua ces deux exérèses suivies de sutures; mais le bistouri a beau changer de main, la récidive ne se produit pas moins.

C'est en février 1898 qu'elle débuta, huit mois après la dernière intervention et c'est en mai 1898 qu'il vint me consulter. Ce qui me parut d'abord intéressant dans son histoire, ce fut cette ténacité du mal à récidiver, d'autant plus qu'on voyait la rapidité s'accroître avec le nombre des opérations. Ainsi, tandis que la première opération de Dubreuil avait produit cinq ans d'accalmie, la deuxième de Raimbaud n'en donna plus que trois, la troisième de Chabrier encore trois, la quatrième et la cinquième de Vadun ne lui accordaient plus que quelques mois.

Un autre point me semble intéressant, c'est que le mal ayant débuté à gauche, la récidive s'était toujours produite à droite, sauf une seule fois et encore très légère, à gauche, en 1893.

En examinant de plus près cette néoformation volumineuse et irradiée qui semblait entourer tout le bas ventre, soit par sa masse, soit par ses cicatrices, je remarquai avec mon confrère Delanglade que c'étaient les orifices des points de suture qui semblaient le point de départ des récidives.

Cette observation, simple constatation visuelle, expliquait la non récidive à gauche , où le professeur Dubreuil avait laissé la plaie bourgeonner, tandis qu'à droite,

on avait toutes les fois tenté la réunion. J'étais dès lors bien décidé à ne pas l'essayer si une nouvelle intervention, m'était confiée, d'autant plus que je partage assez volontiers l'opinion de Verneuil qui conseille dans les tumeurs malignes du sein de laisser au bourgeonnement le soin de combler la brèche chirurgicale.

Ayant montré le malade à mon confrère Perrin, nous lui enlevâmes un petit nodule dont nous confiâmes, l'examen histologique au docteur Pilliet qui conclut à un fibro sarcome.

Dès lors, complètement édifié sur la nature du mal, je l'opérai à mon dispensaire, le 18 juin 1898 avec l'aide de mes confrères Perrin et Casteriel. La perte de substance fut grande, nous mîmes à nu presque tout le triangle de Scarpa, mais c'est surtout du côté du cordon que le mal était profond; nous enlevâmes tout ce qui fut possible y compris une partie du canal déférent malgré la certitude d'une récidive rapide. Jamais nous n'aurions cru qu'une surface crucutée aussi étendue sur un terrain si défectueux pût se combler avant qu'une rédicive fatale ne l'ait envahie, et cependant deux mois après la cicatrice était, comme vous l'avez vu, aussi belle que celle du côté gauche, sauf un champignon développé au niveau du cordon. Nous essayâmes, mais en vain, de détruire cette 2e résistance du mal par des badigeonnages à l'acide acétique et des mélanges pulvérulents à l'iodoforme le calomel et la magnésie. Il fallut une bonne fois le 14 septembre 1898, recourir à la coupe tranchante et au Thermocautère. Le résultat ne fut pas meilleur. C'est alors que nous pensâmes à détruire ce champignon par

la pàte de Canquoni. Celui-ci fit presque merveille, à tel point que le malade lui-même s'applique une rondelle de pàte, chaque fois que les bourgeons sont trop exubérants; l'escarre tombe et la plaie diminue. Le malade en est aujourd'hui si peu incommodé qu'il a pu le mois dernier passer une nuit entière à danser.

Si j'ajoute à tous ces détails que ce pauvre diable éprouve chaque mois avec une régularité presque mathématique des crises d'épilepsie, vous concluerez avec moi que cet infortuné est un vrai spécimen des misères morticoles.

(Comité médical des Bouches du Rhône et Société de médecine réunis (20 janvier 1899).

Observation X

SUR UN FIBROME DE LA PEAU A CELLULES GÉANTES

Ch. Audry et Constantin (de Toulouse), 9 juin 1898

L'observation qui suit, intéressante au point de vue clinique, est particulièrement remarquable en ce qui touche la structure histologique du néoplasme qui s'y trouve mentionné.

D'abord les fibromes de la peau sont rares, très rares, si l'on met à part les neurofibromes. Dans le cas présent, il ne s'agit ni de neurofibrome, ni de myome, ni de fibro myome. Pour le moment, on ne pouvait pas encore parler de molluscum fibreux. On verra que nons avions affaire à un vrai fibrome du derme, immédiatement sous-épithélial, non pédiculé, à localisation assez

étrange, survenu à l'âge de 12 ans et en dehors de tout antécédent appréciable.

Enfin, on n'a guère jusqu'ici signalé la présence de cellules géantes bien développées et caractérisées dans les fibromes en général et, en particulier dans ceux qui se rattachent au tégument.

On amena à la clinique de l'Hôtel-Dieu une petite fille de 12 ans et demi, robuste et bien développée. Depuis un temps qui dépasse plusieurs mois, mais qu'elle ne peut déterminer exactement, la fillette présente la lésion pour laquelle sa mère nous l'amène.

Sous la peau du creux poplité droit, un peu plus rapproché du tendon, du biceps, on constate l'existence d'une petite tumeur grosse comme une olive, hémisphérique, saillante, indolente, dure, élastique. Elle est recouverte d'une peau un peu violacée. Elle glisse facilement sur les parties profondes. Le tégument qui la couvre est mince, et on a de la peine à le saisir sur la tumeur.

L'enfant ni les parents ne peuvent invoquer aucun facteur étiologique quelconque. Nous avons dit qu'il n'existait aucun phénomène douloureux local ou irradié.

Le reste du tégument est parfaitement normal.

La fillette fut opérée le 1er mars 1898.

Nous trouvâmes que la tumeur était constituée par une petite masse homogène, dure et élastique, de couleur blanchâtre. Elle n'était pas encapsulée et adhérait au tissu cellulaire ambiant. Elle siégeait immédiatement

sous l'épiderme. Mais, une fois décollé, le tégument se trouva d'une minceur extrême.

Suites opératoires normales. La cicatrisation se fit aseptiquement mais un peu plus lentement qu'à l'ordinaire, à cause des mauvaises conditions de l'épiderme décollé et aminci.

Examen microscopique. — Plusieurs fragments fixés par l'alcool, inclus dans la paraffine. Colorations diverses (bleupolychrome, picrocarmin de Ranvier, hématoxline, safranines, etc., etc.)

Il est manifeste que l'ensemble du néoplasme est constitué par du tissu conjonctif fibreux, mais dont la métaplasie fibreuse est plus ou moins avancée, suivant les points examinés.

Les éléments allongés qui le form [illegible] disposén faisceaux entrecroisés dans tous les sens et dans tous les plans, de telle sorte que l'aspect général des préparations varie considérablement suivant l'incidence et l'obliquité de la coupe. Les fibres conjonctives présentent encore, en un grand nombre de points, un certain degré d'ondulation qui permet de les distinguer facilement des fibres musculaires. Les noyaux sont assez volumineux, ovoïdes plutôt que fusiformes. Enfin les fibres se colorent vivement par les réactifs du tissu conjonctif, fuchsine, etc.

L'ensemble de la nappe fibreuse est comme cloisonné par des bandes conjonctives d'un type beaucoup plus lâche.

Les vaisseaux sanguins se présentent tantôt sous la forme d'artérioles à parois robustes, tantôt et surtout comme de grandes lacunes veineuses indiquées surtout

par leur dilatation, çà et là quelques capillaires tres dilatés.

Le néoplasme baigne dans une atmosphère cellulo-graisseuse conjonctive tout à fait normale.

Si l'on examine les zones les plus externes de la tumeur, on voit que le tissu néoplasique présente des caractères particuliers. Les noyaux sont beaucoup plus nombreux et volumineux ; ils sont arrondis ou ovoïdes, colorés d'une manière diffuse assez pauvre en chromatine. Toutes les cellules ne sont pas allongées et fusiformes ; quelques-unes, probablement à cause de l'incidence de la coupe, sont polygonales, presque remplies par leur noyau. On peut presque dire que sur ces points la néoplasie prend un aspect vaguement sarcomateux. Précisément, dans ces régions, on constata l'existence d'un certain nombre de cellules géantes parfaitement caractérisées. Elles sont peu nombreuses, réparties en un ou deux amas. Elles sont rénnies dans le champ du microscope.

Leurs dimensions et leur forme varient ; les noyaux sont nombreux, riches en chromatine, et remplissent parfois le bloc protoplasmique de la cellule. Elles sont disposées au hasard, et rien ne permet de leur assigner une origine vasculaire ou autre. D'autre part, elles n'offrent aucun caractère qui les différencie des cellules géantes vulgaires.

La coloration des coupes par l'éosine a montré que nulle part, il n'existait de tissu élastique dans l'intérieur du néoplasme.

On le voit, nous ignorons tout de l'espèce de cette tumeur. Au centre, le néoplasme est constitué par du tissu fibreux adulte. A la périphérie il semble plus jeune, plus atypique ; la présence de cellules géantes nous parait seulement un caractère de cet état.

Nous ne pensons pas qu'il y ait lieu d'y voir des motifs pour apprécier différemment le pronostic de la lésion. Peut-être le jeune âge du sujet y est-il pour quelque chose.

Quoi qu'il en soit, nous sommes autorisés à regarder comme tout à fait exceptionnel un semblable accident histologique.

Sur un fibrome de la peau

(*Note complémentaire*), *par M. Audry.*

Dans la séance du 9 juin 1898 de la Société, nous avons fait connaître l'observation d'une fillette de 12 ans qui présentait un fibrome sous-cutané du creux pophité. Il fut enlevé par l'énucliation. On trouva une tumeur constituée par du tissu fibreux pur adulte au centre, offrant à la périphérie des signes d'activité histologique anormale et en particulier quelques cellules géantes.

En décembre 1898, nous revîmes l'enfant. La cicatrice large et blanche était saillante, un peu douloureuse à nn examen superficiel, on eût dit une chéloïde; en y regardant de plus près, on voyait que la cicatrice elle-même était souple mais soulevée par une série linéaire de petits grains sous-cutanés durs, dont le plus gros

atteignait le volume d'une lentille. En réalité, le fibrome avait récidivé. M. le Dr Jeannet extirpa largement et nous remit la totalité de la lésion.

Microscopiquement, nous vîmes facilement qu'il existait, en effet, au-dessous de l'épiderme, une série de trois ou quatre petits nodules sphériques baignés dans le tissu cellulaire sous-cutané dont il était impossible de les dissocier.

Il y avait un grand intérêt à rechercher si ces nodules de récidive étaient toujours de structure fibromateuse ou s'il s'agissait d'une néoplasie sarcomateuse. La présence des cellules géantes dans la tumeur initiale n'était pas sans imposer quelques réserves.

Les pièces furent fixées par l'alcool et par le Müller, incluses et colorées par la série des colorants habituels (hématine, bleu polychrome, picro-carmin de Ranvier, orcéine, etc.)

Rien à noter du côté de l'épiderme : bien entendu, au niveau de la cicatrice, il est presque uniforme, à peine ondulé, tandis que les papilles ont leur développement normal au voisinage. De loin en loin quelques traînées horizontales de lymphoïdes ne peuvent être considérées comme suffisantes pour dénoncer un état inflammatoire.

Immédiatement au-dessous de l'épithélium on voit du tissu conjonctif fortement condensé en bandes horizontales. Dans ce tissu conjonctif, un peu au-dessous on voit un grand nombre de lobules de tissu fibreux, complètement adultes, entièrement denses, dont cinq éléments s'entrecroisent dans des directions très variées

chaque lobule étant divisé et déterminé par l'orientation des fibres qui le constituent.

Plus profondément encore l'ensemble se colore d'une teinte diffuse jaunâtre par le picro carmin. C'est encore du fibrome adulte, où serpentent d'assez nombreux vaisseaux à parois très épaisses et facilement isolables.

Enfin, dans les plans qui arrivent au contact du tissu adipeux, le tissu fibreux offre les caractères d'une altération beaucoup plus jeune, encore active et végétante.

Les cellules sont beaucoup moins actives, moins tassées. Les noyaux sont plus gros et plus apparents, fortements colorés, opaques, après l'action des réactifs. Çà et là, on voit quelques gros blocs de protoplasma munis d'une masse protoplasmique unique mais parfois énorme. Nous n'avons pas pu voir des cellules multinuclées aussi nettes que celles de la tumeur initiale ; mais l'aspect générale de cette zone de notre néoplasie est semblable à celle que l'on rencontrait dans la première.

Même dans cette partie les vaisseaux conservent leur individualité et leur paroi est beaucoup plus épaisse qu'il n'est habituel.

Il existe quelques feuillets de tissu conjonctif normal au pourtour du fibrome qui ne se voit pas au contact immédiat de la graisse du tissu adipeux. Il n'y avait point de tissu élastique dans le fibrome.

En somme on ne peut toujours pas prononcer le mot de sarcome ; c'est encore du fibrome actif et végétant par sa périphérie, adulte et définitif au centre.

L'énucliation de la première tumeur a évidemment laissé des fragments suffisants pour servir de point de

départ à des repullulations sur place. L'absence de véritable coque enveloppante, la diffusion relative du fibrome ont été la cause de cette récidive.

Pratiquement on fera bien d'extirper largement les fibromes de la peau que l'on pourrait avoir l'occasion, rare d'ailleurs, de rencontrer.

Observation XI

CHAMBARD. OBS. TRÉLAT. ARCH. PHYSIOL 1879. PAGE 330.

Malade âgée de 35 ans portant depuis son enfance au niveau de la neuvième vertèbre dorsale une tumeur sessile aplatie, d'une longueur de 75 millimètres, de consistance molle et ayant tous les caractères d'un fibrome molluscoïde. Il y a sept ans cette tumeur se mit à grossir ; depuis huit mois elle avait pris un développement rapide et s'était ulcérée superficiellement sur une grande partie de sa surface, lorsque M. Trélat lui reconnaissant un caractère malin, en pratiqua l'extirpation bien qu'elle ne déterminât aucune douleur et que les ganglions correspondants ne parussent pas malades. La surface ulcérée était le siège d'un léger suintement.

A la coupe elle parut être de nature sarcomateuse, mais un examen plus attentif nous la montra finement granuleuse et parcourue par des travées fibreuses, vestige de sa structure primitive.

Examen histologique. — On constate en examinant au moyen de faibles grossissements les coupes parallèles à l'axe d'implantation de la tumeur que sa structure est presque entièrement alvéolaire. Elle se

continue à sa base par un pédicule fibreux avec le tissu conjonctif du derme et est recouverte d'une couche épidermique qui se continue avec celle des téguments environnants : De la base d'implantation à laquelle nous donnerons le nom de hile, partent d'épaisses travées fibreuses qui divisent la tumeur en lobes ; ceux-ci sont divisés en lobules par des travées moins épaisses émanées des précédentes, les lobules enfin sont cloisonnés par un fin réticulum lamellaire qui limite des alvéoles dont chacun ne renferme qu'un petit nombre de cellules épithélioïdes. La texture générale de cette tumeur peut encore être exposée d'une manière différente, plus claire peut-être. Elle est formée d'alvéoles séparés par les mailles d'un réticulum lamelliforme. Ces alvéoles se réunissent en lobules qui limitent des travées conjonctives plus ou moins épaisses, mais souvent fort minces ; enfin les lobules sont groupés en lobes entre lesquels sont interposées des travées fibreuses d'une épaisseur généralement plus considérable.

Le hile de la tumeur est constitué par du tissu conjonctif fasciculé, dont les fibres séparées par des cellules plates, sont entremêlées avec de nombreuses fibres élastiques. Ce tissu est parcouru par des artèrioles, des veinules et des capillaires sanguins assez nombreux, il n'y a ni fentes lymphatiques un peu larges, ni faisceaux nerveux, artèrioles à parois très musculeuses et saines, veinules et capillaires assez fortement dilatés et congestionnés. Le tissu conjonctif du hile est infiltré d'éléments embryonnaires plus ou moins nombreux selon les régions : ces éléments forment en certains points des

trainées qui suivenl lés vaisseaux; ailleurs des amas de forme étoilée qui semblent contenus dans des espaces que limite l'écartement de faisceaux conjonctifs. Dans quelques endroits, cette infiltration du tissu conjonctif par des cellules lymphatiques est si marquée, que la structure du stroma parait être complètement embryonnaire et que de petits lobes isolés peuvent en être complètement entourés.

Les vaisseaux sanguins sont d'autant plus dilatés qu'ils traversent des régions plus riches en cellules lymphatiques, mais nulle part leurs parois ne nous ont paru embryonnaires, dans ces points par conséquent, le stroma ne saurait être regardé comme sarcomateux ; il présente simplement le caractère du tissu conjonctif enflammé ou du tissu de granulations ; on y rencontre aussi de rares cellules géantes, à 30 de 40 μ. seulement dont plusieurs possédaient des prolongements, mais dont aucune ne nous a paru creusée de cavités sanguines, ni affecter aucun rapport avec les vaisseaux.

La structure des travées conjonctives qui séparent les lobes de la tumeur est absolument comparable à celle du tissu conjonctif du hile : toutefois les fibres élastiques y sont d'autant moins nombreuses qu'elles sont moins épaisses.

Les lobes dont les dimensions sont très variables, présentent plusieurs variétés d'aspect qui tiennent à leurs rapports avec les différentes régions de la tumeur et dont les principales sont les suivantes : Les uns sont régulièrement arrondis, sont isolés au sein du stroma conjonctif; on les rencontre surtout dans les couches

profondes au voisinage du hile. Sur les coupes, leur configuration arrondie, l'épais anneau fibreux qui les entoure rappellent l'aspect des acinihépatiques dans les cas de cirrhose annulaire.

D'autres généralement plus volumineux sont polyédriques par pression réciproque, ils occupent surtout les régions centrales ou moyennes de la tumeur. Ils sont séparés les uns des autres par de minces travées fibreuses qui s'épaississent au niveau du point de contact de plusieurs lobes voisins et prennent sur les coupes une apparence stellaire. En ces points l'aspect de préparation rappelle les coupes de foies légèrement cirrhosés et les lobes de la tumeur semblent comme les lobules du foie séparés par des espaces et des fentes interlobulaires.

D'autres enfin, situés dans les régions les plus superficielles et sous jacentes au revêtement épidermique sont allongés, cylindroïdes et ne sont généralement séparés les uns des autres que par de minces tractus celluleux.

Un grand nombre de lobes sont subdivisés par des cloisons fibreuses et vasculaires émanées des travées fibreuses qui les entourent. Dans quelques-uns d'entre eux, le tissu conjonctif interlobulaire affecte tous les caractères du tissu myxomateux. Les lobes apparaissent alors à de faibles grossissements comme des cercles clairs entourés d'une zone fibreuse et parsemés de taches granuleuses colorées en rouge par le carmin ou par la purpurine. Quelquefois même cette transformation myxomateuse est partielle et l'on peut voir un lobe divisé par une cloison conjonctive en deux

lobules dont l'un possède un stroma fibreux et l'autre un stroma myxomateux.

A de plus forts grossissements, les caractères du stroma qui sépare les alvéoles sont encore plus faciles à reconnaître; il apparait formé par des fibres conjonctive minces et entre croisées, par des cellules conjonctives étoilées splongées dans une substance interalvéolaire où les réactions microchimiques de la mucine sont faciles à constater.

Les lobules sont subdivisés par un réticulum de tissu conjonctif qui émane des cloisons fibreuses interlobulaires. Il consiste en lamelles anhistes ou vaguement fibrillaires, colorées en rose pâle par le picro-carminate d'ammoniaque et non colorées par la purpurine, anastomosées entre elles et limitant des alvéoles arrondis qui renferment généralement un nombre peu considérable d'éléments cellulaires. Il est difficile de dire où s'arrête cette réticulation. Il est en effet des trabécules interalvéolaires, dont l'épaisseur dépasse 10 μ, elles sont fibroïdes, contiennent des vaisseaux et marquent une transition entre le tissu fasciculé qui entoure les lobules et le tissu lamellaire anhiste qui les subdivise. D'autres n'ont que 2 à 3 μ d'épaisseur.

Ce tissu conjonctif lamellaire est recouvert de cellules plates appliquées à la surface des lamelles, principalement au niveau des points où elles s'anastomosent : ces cellules ont une légère saillie dans la cavité alvéolaire.

Les trabécules intralobulaires les plus épaisses, renferment des vaisseaux qui se présentent sous l'aspect de capillaires à parois amorphes et dont les bords ont

un double contour. Nous n'avons jamais rencontré dans cette tumeur des vaisseaux à parois embryonnaires ou dépourvus de parois propres dans lesquelles le sang put se trouver directement en contact avec les cellules épithélioïdes qui en forment l'élément principal. Nous nous servirons de ce fait pour différencier la forme anatomique que nous décrivons, des formes assez analogues d'ailleurs qui peuvent être rangées parmi les tumeurs du genre sarcome et se rattachent surtout au sarcome alvéolaire de Billroth ».

L'auteur décrit ensuite longuement, la structure et le développement des alvéoles, mono-cellulaires, oligo-cellulaires et pluri-cellulaires.

En certains points des travées fibreuses et souvent dans les régions qui sont le plus infiltrées d'éléments embryonnaires, on voit de longues et minces trainées de cellules qui ne sont guère plus volumineuses que ces dernières et qui suivent la direction des fibres conjonctives entre lesquelles elles sont situées. Ces traînées ne sont pas sans quelque analogie d'aspect avec celles que forment les cellules tendineuses sur les préparations un peu comprimées. Les éléments qui les composent sont irrégulièrement polyédriques, leur noyau très visible se colore d'une *façon intense* et leur protoplasma qui est peu abondant est teint en jaune par le picro-carmin : l'interprétation de ces éléments est difficile et nous ne savons pas si l'on doit les rattacher aux cellules lymphatiques, aux cellules épithélioïdes, ou s'ils ne sont pas des éléments de transition entre ces deux sortes de cellules.

Les mêmes éléments forment encore des masses diffuses et assez étendues que l'on pourrait à première vue regarder comme des foyers de tissu sarcomateux ou lymphoïde,mais on n'y constate la présence d'aucun vaisseau à paroi embryonnaire et le réticulum caractéristique du lymphadénome vrai, y fait défaut ; de plus malgré les dimensions des cellules qui composent ces amas, leurs caractères morphologiques et microscopiques, les différencient assez nettement des cellules lymphatiques...

En les regardant très attentivement au contraire, on les voit parcourus par de minces tractus conjonctifs qui limitent de larges alvéoles remplis par les cellules.

Ces masses cellulaires représentent donc un cas particulier de la structure alvéolaire de la tumeur : en ces points, les grandes dimensions des alvéoles, le nombre et la petitesse des cellules qui les remplissent et la rareté du tissu fibreux qui les sépare sont l'indice d'un processus néoplasique plus actif que partout ailleurs. Cette manière de voir nous semble confirmée par ce fait, qu'à la périphérie de ces régions occupées par ce tissu carcinomateux, pour ainsi dire embryonnaire, on rencontre soit dans le tissu fibreux de la tumeur, soit dans les papilles elles-mêmes, de petits nids bien délimités, de petits alvéoles bien configurés, dont le diamètre peut ne pas dépasser 60 μ et qui sont remplis des mêmes éléments.

Au voisinage des masses cellulaires que nous venons de décrire, on trouve, dans les fentes conjonctives, de nombreux blocs d'hématosine, isolés ou agglomérés.

Rapport des alvéoles avec l'épiderme. — Le revêtement épidermique manque au niveau des surfaces ulcérées de la tumeur ; dans les autres points, il présente des lésions de nature irritative qui n'ont rien de spécial et qui se rencontrent au voisinage et à la surface de la plupart des altérations du derme cutané.

La couche cornée et les cellules les plus superficielles de la couche de Malpighi sont intactes ; les cellules du stratum granulosum sont au contraire gonflées et présentent la transformation vésiculeuse par dilatation du nucléole que M. Ranvier a décrite ; dans les vacuoles qu occupent la plus grande partie de leur masse, on trouve des filaments contournés dont la nature n'est pas encore connue et des gouttelettes de substance kératogène (Ranvier).

En beaucoup d'endroits, les culs-de-sacs épithéliaux interpapillaires sont très allongés ; il en est qui s'étirent démesurément et se terminent, soit par une longue pointe effilée, au sein du tissu carcinomateux, affectant avec les alvéoles et leur contenu des rapports dont l'étude est assez difficile et qu'il était cependant très important de bien préciser. Nous avons cherché dans ce but dans les points où le cul-de-sac interpapillaire entre en contact intime avec le contenu des alvéoles voisins, et fait pour ainsi dire partie de leurs parois, à déterminer ce qui appartient à celui-ci et à celles-là. Nous avons pris pour criterium la forme des éléments cellulaires et surtout l'absence ou la présence à leur surface, des dentelures caractéristiques de l'épithélium malpighien.

Un examen attentif nous a permis de distinguer au niveau de ces points de contact intime entre deux masses épithéliales de nature différente, deux sortes de cellules entre lesquelles nous n'avons pu découvrir aucune forme intermédiaire

Les unes sont des cellules du corps muqueux de Malpighi parfaitement caractéristiques, hérissées de dentelures, et qui ne diffèrent en rien ni comme forme, ni comme volume, ni comme coloration, de celles que l'on pourrait rencontrer dans les culs-de-sac interpapillaires d'une peau saine.

Les autres sont de grandes cellules irrégulières, atypiques selon l'expression de Waldeyer, possèdant un ou plusieurs noyaux munis de nucléoles volumineux, entièrement différentes en un mot, à tous les points de vue, des cellules précédentes.

Les papilles, sont les unes saines, les autres infiltrées de cellules lymphatiques et parsemées de blocs d'hématine. Dans les régions exulcérées où le processus néoplasique arrive jusqu'à la surface de la tumeur, elle contiennent des cellules épithèlioïdes isolées ou réunies en groupes, et contenues alors dans les alvéoles qui ne diffèrent en rien de ceux décrits longuement précédemment.

Ensuite l'auteur 1° *détermine la forme histologique.*

C'est un carcinome. Caractérisé par un stroma conjonctif parcouru par des vaisseaux et limitant des alvéoles qui renferment des cellules dites épithélioïdes.

Ce n'est pas un sarcome : pas de vaisseaux embryonnaires.

Ce n'est pas un lymphadenome à grandes cellules : pas d'analogie entre les cellules lymphatiques et celles qui remplissent les alvéoles du carcinome réticulé.

2° *Il en recherche le point de départ?*

Son siège étant dans la peau ou du moins dans une tumeur préexistante ayant la même structure que le derme et le même revêtement épidermique, provient-elle de l'épidenne ou est-elle née sur place dans le derme? est-elle d'origine épithéliale ou conjonctive.

Nous ne pensons pas en résumé que les masses épithéliales contenues dans les alvéoles qui caractérisent notre tumeur, résultent de l'accroissement des espaces épidermiques interpapillaires qui avoisinent et touchent certains d'entre eux et cela pour les raisons suivantes.

1° le volume, la direction de ces espaces sont normaux. — 2° les cellules épithéliales qui les composent ne présentent aucune aberration de formes et aucune trace de division. — 3° il n'existe aucune forme transitoire entre ces cellules et celles qui remplissent les alvéoles. — 4° il n'existe enfin autour de ces espaces et de ces masses épithélioïdes ni au niveau de leur union aucune zone, aucune barrière de cellules embryonnaires ou lymphatiques. Nous sommes au contraire portés à penser que les masses épithéliales intra-alvéolaires ont leur origine ailleurs que dans le revêtement épidermique, mais qu'elles peuvent, en s'accroissant, et en envahissant les parties superficielles de la tumeur, arriver jusqu'aux culs de sacs-épithéliaux interpapillaires et s'interposer à eux sans se confondre avec eux.

Les masses épithéliales du carcinome siègent incon-

testablement dans les espaces conjonctifs plus ou moins déformés, dilatés, et qui prennent alors le nom d'alvéoles, mais on ne sait encore bien aux dépens de quels éléments du tissu conjonctii, leurs cellules se développent cet quelle part les allumes fines et les cellules migratrices, du tissu conjonctif, prennent à leur formation.

L'auteur classe donc sa tumeur dans la classe des tumeurs du genre carcinome, variété dite carcinome réticulé. — « Cette tumeur paraît indépendante du revêtement épidermique et l'est certainement des glandes cutanées. Elle ne saurait donc au point de vue de son origine, être regardée, ni comme un épithéliome, ni même comme un épithéliome carcinomateux. Elle s'est au contraire développée dans les lacunes du tissu conjonctif à la manière du carcinome, tel que le conçoivent Virchow et MM. Cornil et Ranvier.

Autour de la tumeur et à une certaine distance existe une zone que l'on pourrait nommer zone d'accroissement et cliniquement zone dangereuse, caractérisée par la présence de cellules isolées et disséminées dans les espaces conjonctifs et sur laquelle il importe au point de vue pratique d'appeler l'attention du chirurgien.

Observation XII

HÉLOT. — *Thèse Grenié,* Paris 1901.

Carcinome de la peau développé primitivement dans un molluscum.

Br. Marguerite, 70 ans, célibataire, domestique, entrée

le 28 juin 1883, à l'hospice général de Rouen, dans le service de M. le docteur Hélot.

Cette femme forte, grasse, ne présente rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Elle portait depuis sa naissance sur le côté gauche du front une petite tumeur molle légèrement pédiculée, lisse, ne présentant pas de coloration particulière, offrant en un mot tous les caractéres du molluscum. Cette tumeur restée pendant de longues années stationnaire et indolente avait augmenté légèrement de volume à une époque que la malade ne peut préciser.

Sous l'influence, pense-t-elle du frottement de sa coiffure, il s'était formé une *ulcération*, donnant lieu à de petites hémorrhagies. Ces derniers accidents avaient débuté deux mois environ avant son entrée à l'hôpital.

L'ulcération au lieu de se cicatriser, envahit peu à peu la surface de la tumeur, qui prenait un aspect fongueux et les hémorrhagies devenaient plus fréquentes, plus abondantes et plus difficiles à arrêter. M. le docteur Hélot qui la vit dans la maison où elle était employée, crut devoir enlever la tumeur en sectionnant son pédicule au moyen de l'anse galvanique.

La récidive se fit sur place et la malade entra à l'hospice général.

Sur le front au-dessus du sourcil, existe une petite masse, fongueuse, mobile sur le plan sous-jacent.

Les hémorrhagies se produisant spontanément ou au moindre contact, et la compression exercée sur le fongus ne suffisant pas à l'arrêter, on tente de le détruire au moyen de l'azotate d'argent.

Devant l'insuccès de ce moyen, le docteur Pétel qui a pris le service, fait appliquer le 15 juillet une rondelle de pâte de Canquoin dépassant les limites de l'ulcération. L'eschare tombe au bout de quelques jours, laissant à nu une plaie de bon aspect qui, pansée au phénol, ne tarde pas à se couvrir de bourgeons charnus normaux.

Mais dans les premiers jours d'août, à la partie externe sur la tranche de la peau apparaîssent 2 ou 3 petits points fongueux dont la couleur rouge vif tranche sur le fond rosé de la plaie. Ces points grandissent rapidement, se réunissent et les hémorrhagies reparaissent. Une seconde application de la pâte de Canquoni est suivie des mêmes phénomènes, la partie interne présente une tendance manifeste à la cicatrisation pendant que de la partie externe renait sans cesse le néoplasme.

Jusqu'à la dernière semaine du mois d'août la néoplasie était restée en apparence parfaitement localisée; mais à partir de ce moment elle commence à donner lieu à des phénomènes d'infection; on constate au devant de l'oreille droite, la présence d'un petit ganglion qui s'accroit rapidement, présentant une consistance très dure, et restant bien mobile entre la peau et les tissus sous-jacents.

En même temps dans l'épaisseur de la peau de la région externe du front se développent de petites nodosités blanchâtres, dures, de la grosseur d'une tête d'épingle, disposées parallèlement au sourcil en séries linéaires courbes à direction externe et inférieure, évidemment situées dans le sens du courant lymphatique dirigé de la plaie vers le ganglion parotidien.

M. le Dr Pétel pour obvier aux *hémorrhagies* qui me-

nacent d'emporter le malade à très bref délai, décide une intervention chirurgicale, malgré les mauvaises conditions dans lesquelles elle se présente.

Opération le 1er septembre. Un lambeau triangulaire à base interne comprenant le néoplasme primitif et les petites tumeurs secondaires est circonscrit par trois incisions et disséqué; on met ainsi à nu l'aponevrose qui paraît absolument intacte; la néoplasie ne paraît pas s'être étendue en profondeur; une autre incision dirigée verticalement au devant de l'oreille droite met à découvert le ganglion gros comme une noisette, unique et paraissant mobile. Mais en cherchant à l'énucléer, le chirurgien constate la présence d'un prolongement qui s'enfonce dans l'épaisseur de la parotide. Il dut donc se contenter de l'enlever avec une petite portion de tissu parotidien, sans pouvoir être certain d'avoir dépassé la limite de la néoplasie. On fit l'hémostase et on appliqua le pansement phénique sur les 2 plaies non suturées.

La récidive se produisit presque immédiatement. A partir de ce moment, la néoplasie suivant une marche rapidement progressive, envahissait rapidement les ganglions du cou et de l'espace sus-claviculaire.

Les hémorrhagies incessantes rendaient le pansement très difficile et même dangereux.

Le malade mourut le 17 octobre sans que l'on put constater de phénomènes indiquant une infection des viscères. »

L'étude histologique de la tumeur montra qu'il y avait des noyaux cancéreux, bourrés de cellules épithéliales

(carcinome ou épithéliome diffus développé dans un carcinome.)

Observation V

CHALLAND. — *Bull-Soc. Anat.* 1871. page 145
Molluscum pendulum de la grande lèvre gauche

Femme de vingt-cinq ans, bien constituée, bonne santé ; pas d'affection vénérienne : Il y a deux ans s'est aperçue d'un petit bouton à la partie supérieure et externe, de la grande lèvre gauche. Reste longtemps stationnaire, ce bouton a pris dans ces derniers temps, un développement assez rapide et la malade désire en être débarrassée, quoiqu'il soit indolent et peu gênant. L'opération est faite à l'écraseur ; il s'écoule un peu de sang.

La tumeur a la forme ovoïde très allongé, et un peu aplati ; 5 cent. de long, 2 de large, surface ridée, quelques poils rares et volumineux, mais seulement à la partie supérieure de la tumeur. La couleur est d'un brun assez foncé. Au toucher, elle est molle, flasque, et donne, quand on la presse entre les doigts, la sensation d'une poche vide. A la partie supérieure on sent, à l'intérieur de la tumeur, un petit corps allongé et dur, dont nous connaîtrons plus loin la nature.

Un phénomène curieux que présentait la tumeur trois ou quatre heures encore après avoir été enlevée, c'était, lorsqu'on l'excitait, des contractions lentes et vermiculaires, analogues à celles du scrotum. Du reste, en raison de ce fait ainsi que des autres caractères

qu'elle offrait à la vue et au toucher, ne peut-on mieux comparer la tumeur qu'à un scrotum vide de testicule.

A la coupe, on s'assure facilement qu'il n'existe aucune cavité ni trace de cavité intérieure, la tumeur est constituée par un tissu d'apparence fibreuse, plus dense à la périphérie, plus lâche dans les parties centrales. Il s'écoule de la coupe un peu de sérosité claire et une petite quantité de sang; on remarque, en effet, un assez grand nombre de coupes vasculaires, surtout à la partie inférieure de la tumeur où les vaisseaux sont là plus nombreux, et plus développés. Il n' a pu être demandé si la tumeur se congestionnait, et si elle avait des apparences d'érection.

Quant au petit corps dur, révélé par le toucher, il est constitué par trois follicules pileux, accolés les uns aux autres et formant par leur réunion un petit cylindre de plus de 5 millimètres de long sur 1 centimètre et demi de large; par une de ses extrémités il adhère à la peau qui ne présente pas d'ouverture à ce niveau, mais seulement une petite dépression; par l'autre il est libre. A l'intérieur de la tumeur les poils de l'extrémité supérieure ainsi que leurs follicules sont hypertrophiés, on en voit plusieurs accolés 2 à 2.

Au microscope, sur une coupe perpendiculaire à la surface de la tumeur, on trouve, en allant de dehors en dedans :

Tout d'abord une couche épidermique mesurant de 1 à 2 dixièmes de millimètre. Quelques cellules épithéliales de la couche muqueuse sont devenues vésicu-

leuses, et celles qui occupent la partie profonde de cette couche sont chargées de granulations pigmentaires.

Au-dessous de cette couche épidermique se trouve un tissu analogue à celui du derme présentant, à sa partie supérieure, des papilles de 50 μ. de hauteur, et se continuant par sa partie inférieure avec le reste de la tumeur dont la structure est la même. Il est formé de faisceaux de fibrilles conjonctives, plus volumineuses dans les parties profondes que dans les parties superficielles, mais partout extrêmement ondulées.

Entre et autour de ces faisceaux, rampent un grand nombre de fibres élastiques, tantôt irrégulièrement disséminées, tantôt disposées plus ou moins parallèlement les unes par rapport aux autres.

Quand on fait agir l'acide acétique on voit apparaître les cellules conjonctives, elles sont d'apparence normale; en certains points, principalement autour des vaisseaux et à la partie inférieure, elles sont plus nombreuses, plus petites, se rapprochant, comme aspect, des cellules embryonnaires; il y a évidemment là un travail d'hyperplasie.

Enfin il existe des faisceaux de fibres musculaires lisses; ces faisceaux sont peu nombreux et ne se trouvent qu'à une certaine distance de la surface de la tumeur, au-dessous de ce qu'on pourrait appeler le derme, soit au niveau des follicules, soit au voisinage de grosses veines.

Je n'ai pas rencontré de fibres lisses disséminées.

Les vaisseaux capillaires sont assez abondants; sur

une coupe heureuse, j'en ai vu un de 20 μ. de diamètre se jeter directement dans une veine de 0,1 de millimètre.

Les veines sont surtout abondantes à la partie inférieure de la tumeur; elles siègent au-dessous du derme.

Les follicules pileux sont hypertrophiés, ainsi que les poils arrêtés dans les follicules; les glandes sébacées sont au contraire peu développées; je n'ai pas trouvé de glandes sudoripares.

Quel nom donner à cette tumeur?

Ce qui prédomine est évidemment le tissu fibreux, mais ce qui lui donne son cachet tout particulier, ce sont les faisceaux de fibres musculaires lisses; il y a bien dans les parties supérieures de la tumeur hypertrophie des poils et des follicules pileux, et dans les parties inférieures un développement vasculaire assez considérable; mais ce sont, dans l'espèce, des faits moins importants; aussi nous pensons que la tumeur doit être dite un fibro-myôme.

CONCLUSIONS

1° On décrit sous le nom de *molluscum fibrosum solitaire* des tumeurs dont l'apparence extérieure peut bien avoir quelques points de ressemblance mais qui diffèrent totalement par leur nature.

2° De la lecture de toutes les observations relatées dans notre thèse, il résulte que l'on rencontre des lipomes, des myomes, des fibro-sarcomes, des sarcomes et des carcinomes, bien que ces tumeurs soient relativement beaucoup moins fréquentes que le type désigné sous le nom de *fibrome mou.*

3° Ne serait-il pas permis de dire maintenant que le *molluscum fibrosum solitaire* est un type clinique que peuvent revêtir toutes les tumeurs conjonctives nées dans l'épaisseur du derme. — Il faut conserver ce nom mais à condition de lui donner son sens primitif et non pas une signification anatomique.

4° **L'ulcération,** la rapidité d'accroissement, après une longue période d'état stationnaire, la consistance plus dure de la tumeur, sont trois caractères cliniques permettant de préjuger de la malignité histologique. Ces trois caractères ayant toujours été rencontrés dans les observations relatées, où l'examen histologique et l'évolution clinique démontrèrent la malignité de la tumeur.

5° La possibilité de dégénérescence sarcomateuse ou épithéliale dont parlaient les anciens auteurs; les observations nouvelles que nous avons apportées de fibro-sarcomes, notre observation personnelle où il s'agissait de sarcome pur ; les cas de récidives tant viscérale que cutanée, observés à la suite des sarcomes cutanés primitifs de la peau ayant l'aspect clinique du molluscum fibrosum solitaire, n'obligent-ils pas à émettre quelques réserves pronostiques relativement à la bénignité classique de ces derniers.

6° Ces réserves pronostiques justifient le traitement chirurgical, consistant dans l'ablation rapide, large, sanglante, de tout molluscum fibrosum solitaire, quel que soit son volume, et son siège; la nécessité de nouvelles interventions en cas de récidive locale.

7° L'ablation s'impose lorsqu'il y a ulcération. Aux conclusions de Perrin sur le sarcome cutané primitif localisé, nous ajouterons:

1° Cette forme de sarcome peut revêtir l'aspect du molluscum fibrosum solitaire.

2° Elle est justiciable de l'ablation; même en cas de récidive, si cette dernière est locale, sans généralisation viscérale ou cutanée.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

BARRY. — Etude clinique sur le molluscum pendulum. Thèse, Paris 1884-85.

BAILLY. — Bull. de la Soc. Anat. 1886, p. 424.

BESNIER. — Les dermato-fibromes.
— Annal. de dermat. et de syph. 1880, p. 205.

BATEMAN. — Synopsis of cutaneous diseases 1819.

BAR. — Bull. de la Soc. d'obst., Paris 1898, p. 217.

BOUDET. — Contribution à l'étude du fibroma molluscum. Thèse, Paris 1883-84, nº 56.

BUDIN. — Revue photo. hopit., Paris 1872, p. 209.

CHALLAND. — Bull. de la Société Anat. 1871, p. 149.

CHAMBARD. — Annal. de dermat et syph., février 1883.
— Contribution à l'étude de la transformation cancéreuse des néoplasmes bénins de la peau.

DESNOS. — Molluscum fibreux. Bull. Soc. médic. des hôp., Paris 1872.

DECAISNE. — Bull. Soc. Anat. 1886, p. 363.

DEMARQUAY. — Bull. de la Soc. Chir. 1864, p. 343.

GRENIÉ. — Moscullum pendulum. Thèse, Paris 1901 nº 262.

HALLOPEAU. — Traité de dermatologie, p. 131.

JARDET. — Bull. de la Soc. Anat. 1884, p. 244.

KAPOSI. — Leçons sur les maladies de la peau (trad. Besnier) 1881 T. II.

Lagrange et Duret. — Bull. Soc. Anat. 1875, p. 459, 487, 494.

Ledentu et Delbet. — Traité de chirurgie, tome I, page 626, 771, 777.

Lerefait. — Contribution à l'étude des aberrations morphologiques des néoplasies et notamment du fibrome molluscum. Thèse, Paris 1884-85, n° 133.

Malassez. — Bull. de la Soc. Anat. 1871, p. 25, 87, 145.

Marfan. — Molluscum simplex de la grande lèvre. Bull. Soc. Anat. 1882, p. 446.

Marcossi. — Di un raro essemple di fibroma mullusco ; ati in annal. de dermat, et Syph. 1880.

Mracek. — Atlas manuel des maladies de la peau trad. Hudelo, p. 193.

Philipson. — Beitrage sur lehre von fibroma molluscum in virchows archiv. 1887. T. CX, p. 602.

Phélisse. — Contribution à l'étude des myomes de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Thèse, Paris 1886-87.

Perrin. — De la sarcomatose cutanée. Thèse, Paris 1885-86.

Recklinghausen. — Ueber die multipler fibroma der haut. — Berlin, 1882.

Schmidt. — France médicale 1879, p. 481.

Schultze. — Ein fall von sehr grossem fibrome molluscum.

In Deutsche Zeitschrift für chir. 1880, T., XIII, p. 373.

V. Mott. — Médico chirurgical transactions 1854. T., XXXVII, p. 155

Verneuil· — Bull. de la Soc. Anat. 1858, p. 373.

— Note sur la structure du molluscum fibreux

— Mém. de la Soc. de Biologie.

1854 p. 177.

1855 p. 183.

Virchow. — Pathologie des tumeurs 1867, T. I.

Imprimerie de Sourds-Muets (J. Witschy), rue d'Alésia, 111 ter, Paris.

